



MUNICÍPIO DE Balsa Nova  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE PESSOAS ENTRE 12 A 17 ANOS  
TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - REPRESENTANTE LEGAL DO MENOR DE IDADE

A campanha de vacinação contra a COVID-19 vem sendo operacionalizada desde o início de 2021 e tem como finalidade a redução de ocorrências de casos de óbitos pela COVID-19 no território Nacional por meio de aquisição de diferentes imunobiológicos pelo Governo Federal e Estados. A campanha tem sido operacionalizada, sendo possível assim, a vacinação em todos os municípios. Diante da vacinação dos grupos prioritários, previstos no Plano Estadual de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, será possível progredir com a vacinação de pessoas entre 12 a 17 anos. Salientamos que o risco e benefício, entre a contaminação pela COVID-19 e vacinação, têm sido avaliados e os benefícios da vacinação permanecem sendo favoráveis. Diante disso, ressaltamos a importância da vacinação não somente contra a COVID-19, mas de todas as vacinas disponíveis para as respectivas faixas etárias. Esclarecemos que neste momento o único imunobiológico destinado à vacinação deste público é a vacina mRNA contra a COVID-19 Pfizer, a qual possui o intervalo de 56 dias entre as doses, sendo necessária a administração das duas doses para ser considerado o esquema vacinal completo. No ato, e para que seja efetivada a vacinação, solicitamos a apresentação de documento com foto para a comprovação da identidade e faixa etária do menor, e que seja apresentado também este termo de vacinação, devidamente preenchido e assinado, pelos pais ou responsável legal.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA VACINAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito sob o CPF \_\_\_\_\_, declaro que compreendi os aspectos relacionados à participação do (a) menor \_\_\_\_\_ inscrito sob o CPF \_\_\_\_\_ e sob minha responsabilidade, autorizo sua vacinação. Estou ciente que, diante do surgimento de dúvidas quanto ao processo de vacinação, poderei buscar esclarecimentos no serviço de saúde onde a mesma foi realizada. Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 do (a) menor.

Balsa Nova, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo adolescente, com CPF: