



PREFEITURA MUNICIPAL DE SIQUEIRA CAMPOS-PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CNPJ: 09.353.968/0001-76
Rua Benjamin Constant nº 1962 - Centro - CEP: 84.940-000
(43) 3571-1262



Termo de Assentimento Livre e Esclarecido Representante legal do menor de idade

Prezado (a) Senhor (a),

O (A) menor sob sua responsabilidade poderá participar voluntariamente da vacinação contra a COVID-19 no estado do Paraná, de acordo com as datas preconizadas para início da vacinação de pessoas de 5 a 17 anos.

A VACINAÇÃO

Diante da vacinação dos grupos prioritários previstos no Plano Estadual de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 do Paraná, será possível progredir com a vacinação de pessoas de 5 a 17 anos. Salieta-se que o risco e benefício, entre a contaminação pela COVID-19 e a vacinação, têm sido avaliados e os benefícios da vacinação permanecem sendo favoráveis.

Esclarece-se que neste momento o único imunobiológico destinado à vacinação deste público é a vacina mRNA Pfizer contra a COVID-19, sendo necessária a administração das duas doses para ser considerado o esquema vacinal completo.

Para a vacinação, solicita-se que seja apresentado **documento com foto** no ato da vacinação para comprovação da identidade e faixa etária, e **documento CPF ou Cartão do SUS, e que seja apresentado este termo devidamente preenchido e assinado pelos pais ou responsável legal** para que possa ser efetivada a vacinação.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA VACINAÇÃO

Eu _____, inscrito sob o documento _____ 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 em que foi realizada a vacinação.

Assinatura do representante legal

_____ Data: ____/____/____

Testemunha imparcial (em caso coleta de impressão digital do representante)

_____ RG: _____