



UNIDADE DE SAÚDE:

**Termo de assentimento para vacinação de pessoas menores de idade.  
Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - Representante legal do menor de idade.**

Prezado (a) Sr. (a), \_\_\_\_\_

O (A) menor sob sua responsabilidade poderá participar voluntariamente da vacinação contra a COVID-19, no estado de São Paulo, de acordo com as datas preconizadas para início da vacinação de pessoas menores de idade.

### A VACINAÇÃO

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 de São Paulo, será possível progredir com a vacinação de pessoas menores de idade. 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 os imunobiológicos liberados para este público até o momento: Coronavac: 03 à 17 anos; Pfizer Pediátrica: 5 à 11 anos; Pfizer: 12 à 17 anos, sendo necessário a administração das duas doses para ser considerado o esquema vacinal inicial 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 quanta 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.

Impressão Digital do representante legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal

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

Local: \_\_\_\_\_/SP Data: \_\_\_\_\_