



**Termo de assentimento para vacinação de pessoas entre 12 a 17 anos Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – Pais ou responsáveis pelo adolescentes**

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

O (A) adolescente sob sua responsabilidade poderá participar voluntariamente da vacinação contra a COVID-19, no Município de São Sebastião do Paraíso/MG, de acordo com as datas preconizadas para início da vacinação de pessoas entre 12 a 17 anos.

**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 Minas Gerais, 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, que possui o intervalo de 12 semanas 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 adolescente, 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) adolescente \_\_\_\_\_, 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) adolescente.

São Sebastião do Paraíso/MG, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2021.

\_\_\_\_\_  
País ou responsáveis