



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO COVID-19

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA VACINAÇÃO DE PESSOAS ENTRE 05 A 17 ANOS.

Aluno: _____

inscrito sob o CPF _____ UNIDADE ESCOLAR: _____

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. Diante da vacinação dos grupos prioritários, previstos no Plano Estadual de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 de Espírito Santo, será possível progredir com a vacinação de pessoas entre 05 a 17 anos. Diante disso, ressaltamos a importância da vacinação não somente contra a COVID-19, mas de todas as vacinas disponíveis para as respectivas faixas etárias.

No ato, e para que seja efetivada a vacinação, solicitamos a apresentação de documento com foto ou certidão de nascimento, juntamente com CPF ou Cartão do SUS, e que seja apresentado também este termo de vacinação, devidamente preenchido e assinado, pelos pais ou responsável legal.

** Para as crianças de 5 e 11 anos, deverá ter intervalo mínimo de 15 dias de qualquer vacina para a vacina do Covid.

** Dose de Reforço para adolescentes de 12 a 17 anos com intervalo mínimo de 4 meses da segunda para a terceira dose.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA VACINAÇÃO

Eu, _____,
representante legal do menor de idade acima descrito, inscrito sob o CPF _____,
declaro, concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 do (a) aluno sob minha responsabilidade.

Vila Velha, : _____ de _____ de 2022.

**Assinatura do Representante Legal/Testemunha
imparcial (em caso coleta de impressão digital do
representante)**