



MUNICÍPIO DE CRICIÚMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE CRICIÚMA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO - MENORES DE 18 ANOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Representante legal do menor de idade Prezado(a) Sr.(a), o(a) menor sob sua responsabilidade poderá participar voluntariamente da vacinação de acordo com o calendário de vacinação de adolescente e criança. A vacinação tem como objetivo a redução de ocorrência de casos e óbitos, causados por diversas doenças. Salienta-se que o risco e benefício entre a contaminação e a vacinação tem sido avaliado e os benefícios da vacinação permanecem sendo favoráveis. Esclarece-se que, todas as vacinas antes de serem ofertadas à população, já passaram por incontáveis estudos e foram liberadas pela Anvisa. O Programa Nacional de Imunização avalia a quantidade de doses para que o esquema vacinal seja considerado completo de cada imunológico e fornece um calendário básico de imunização contendo estes esquemas. Para a vacinação, no ambiente escolar, solicita-se que seja apresentado caderneta de vacinação, documento de identificação da criança, para comprovação da identidade e faixa etária, além deste termo devidamente preenchido e assinado pelos pais ou responsável legal para que possa ser efetivada a vacinação. Caso deseje levar o(a) menor presencialmente à Unidade de Saúde, entre em contacto com a sua unidade e informe-se quanto aos dias e horários de funcionamento.

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.

Assinei duas vias deste termo de consentimento e 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 aplicação da dose. Uma via deste documento, devidamente assinada, foi deixada comigo. Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação do(a) menor, conforme calendário de vacinação.

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

\_\_\_\_\_  
Nome completo e assinatura do responsável