

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO OU RECUSA DA VACINA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Representante Legal do Menor de Idade

Prezado (a) Sr. (a), _____

Informamos que o (a) menor sob sua responsabilidade terá a situação vacinal avaliada por um profissional de saúde e, caso esteja em atraso no momento de receber alguma vacina recomendada para a idade, poderá ser vacinado no ambiente escolar.

A vacinação é uma das estratégias mais eficazes e economicamente acessíveis para prevenir várias doenças e assim reduzir a mortalidade, aumentar a qualidade de vida e ampliar a expectativa de vida das pessoas. No entanto, nos últimos anos tem-se observado o crescente número de pessoas não vacinadas, o que resulta no acúmulo de pessoas desprotegidas ao longo dos anos. Tal situação aumenta a possibilidade de retorno de doenças que podem ser evitadas por vacina, como o sarampo e a poliomielite (paralisia infantil), e da ocorrência de surtos causados por essas doenças.

Para mudar esse cenário, precisamos de novas estratégias. Uma delas, é levar a vacinação até a escola, já que muitos pais e responsáveis não conseguem levar as crianças até as unidades de saúde para tomarem as vacinas.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA VACINAÇÃO

Eu, _____
_____, inscrito sob o CPF _____ declaro que compreendi os aspectos
relacionados à vacinação do (a) menor _____,
_____ inscrito sob o CPF _____
e sob minha responsabilidade, e:

PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO

- Autorizo a vacinação com as vacinas de rotina (Sarampo, catapora, meningite e tétano entre outras).
- Autorizo a vacinação com a vacina contra a influenza (Gripe).
- Autorizo a vacinação com a vacina contra COVID-19.
- Autorizo somente as vacinas: _____
- Não autorizo a vacinação. Justificativa (**Opcional**): _____
- Autorizo o uso da imagem do meu filho pelo Governo Distrito Federal

Confirmo que 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 mais próximo da minha residência. Uma via deste documento, devidamente assinada foi deixada comigo.

Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação do menor no ambiente escolar.

Local: _____ - DF

Data: ____/____/____

Assinatura do Representante Legal

A vacinação é um direito da criança e do adolescente, conforme disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei Federal nº 8.069/1990).