

**TERMO DE ASSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS**

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 Santa Catarina, de acordo com o calendário de  
vacinação de adolescentes de 12 a 17 anos. A campanha de vacinação contra a COVID-19 tem  
como objetivo a redução de ocorrência de casos e óbitos pela COVID-19. Salienta-se que o  
risco e benefício entre a contaminação pela COVID-19 e a vacinação tem sido avaliado e os  
benefícios da vacinação permanecem sendo favoráveis. Esclarece-se que, neste momento, o  
único imunobiológico destinado à vacinação deste público é a vacina mRNA contra a COVID-19  
Pfizer, a qual possui o intervalo entre as duas doses de 12 semanas, sendo necessária a  
administração das duas doses para que o esquema vacinal seja considerado completo. Para a  
vacinação, solicita-se que seja apresentado documento com foto no ato da vacinação 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.

**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. Assinei duas vias deste termo de assentimento 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 contra a COVID-19 do (a) menor.

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

Nome completo \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_