



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 VACINAÇÃO

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, (nome do responsável) _____,
inscrito sob o CPF _____ declaro que compreendi os aspectos relacionados à
participação do (a) menor (nome do adolescente) _____,
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