

## ANEXO 1 - 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, \_\_\_\_\_, 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, comigo.

7 / 9

Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 do(a) menor.

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

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



Rua Esteves Júnior, 390, 1º andar - Centro - Florianópolis/SC  
CEP 88015-130 Fone/Fax: 3664-7400 e-mail: [dive@saude.sc.gov.br](mailto:dive@saude.sc.gov.br)  
[www.dive.sc.gov.br](http://www.dive.sc.gov.br)



GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**  
SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE