



ESTADO DO ESPIRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARAPARI
SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO

Av.: Santa Clara, nº. 13 – Bairro: Sol Nascente – Guarapari - Espírito Santo – CEP 29.210-520
Telefone 3361 – 4806/3503 E-mail: gabinete.semed@guarapari-edu.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS PARA A VACINAÇÃO DOS ADOLESCENTES (A PARTIR DOS 12 ANOS) CONTRA A COVID-19 E INFLUENZA

Senhores pais ou responsáveis,

A vacinação contra a Covid-19 é a principal medida para redução das complicações e mortes pela doença.

Para que os adolescentes estejam devidamente protegidos contra a Covid-19 é preciso tomar duas doses da vacina do **laboratório Pfizer/BioNTech** com o intervalo de 10 a 12 semanas.

As vacinas contra a Covid-19 são extremamente seguras e eficazes, sendo que os efeitos colaterais após a vacinação em sua maioria são leves, pouco frequentes e podem incluir dor no local da aplicação, febre, mal estar, dor de cabeça, dentre outros, que passam em até 48 horas.

A vacinação contra a **Influenza** também é muito importante e, mediante as novas recomendações, pode ser aplicada sem intervalo em relação à da Covid-19.

Dessa forma, solicitamos o preenchimento dos termos abaixo, visando a autorização para que o estudante receba a vacina em dia e horário a serem informados pela Escola. Caso o adolescente já tenha tomado uma das vacinas, poderá ser preenchida apenas uma opção. Na data em que ocorrer a vacinação, levar o cartão de vacina do adolescente + identidade ou certidão de nascimento + CPF ou CNS.

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO - COVID-19

Eu (nome do responsável), _____, inscrito(a) sob RG nº _____ e inscrito(a) sob CPF nº _____, **AUTORIZO** meu (minha) filho (filha) _____ a tomar a vacina contra a Covid-19 do laboratório Pfizer/BioNTech.

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO - INFLUENZA

Eu (nome do responsável), _____, inscrito(a) sob RG nº _____ e inscrito(a) sob CPF nº _____, **AUTORIZO** meu (minha) filho (filha) _____ a tomar a vacina contra a Influenza.