



Termo de Consentimento dos pais ou responsáveis para a vacinação dos adolescentes contra a Covid-19

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 deverão 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.

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

Eu (nome do responsável), _____, inscrito(a) sob
RG n° _____ e inscrito(a) sob CPF n° _____,
AUTORIZO meu (minha) filho (filha) _____ a
tomar a vacina contra a Covid-19 do laboratório Pfizer/BioNTech.