

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE PARA VACINAÇÃO**  
**CONTRA A COVID-19**

Eu, \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: ( ) pai ( ) mãe ( ) avós ( ) outros \_\_\_\_\_

RG Nº: \_\_\_\_\_ CPF Nº \_\_\_\_\_

Autorizo a criança e/ou adolescente receber a dose de imunização contra COVID -19,

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_,

DECLARO ter sido informado que:

- A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que está em curso uma pandemia do novo Coronavírus (SARS-COV-2), causador da COVID 19.
- A COVID-19 é uma infecção respiratória aguda, que pode apresentar-se de forma leve, moderada ou grave, inclusive levar a óbito.
- Tomar vacina é a melhor maneira de se proteger da COVID-19 e de suas complicações, deverão ser mantidas as medidas de proteção como higiene das mãos, uso de máscaras e distanciamento social.
- No Brasil estão licenciadas atualmente pela ANVISA, três vacinas contra a COVID-19: A CoronaVac® (Butantã), a Covishield® (AstraZeneca) e a da Pfizer.
- A vacina pode gerar as seguintes reações, de acordo com os fabricantes: dor no local da injeção, febre de intensidade leve ou moderada, cansaço, dor muscular e dor de cabeça.

**\*CIENTE de tais informações DECLARO que após atenta leitura, é de minha vontade ser submetido à vacinação contra a COVID- 19, estando plenamente esclarecido dos benefícios e dos riscos dessa intervenção, bem como assumo a responsabilidade de cumprir fielmente todas as recomendações.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai, mãe ou responsável.