**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/BioNTechcom o intervalo de 10 a 08 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 Cartão do SUS.

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARAVACINAÇÃO**

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.