

Autorização dos pais para a eventual realização de testes de detecção de COVID-19 nos filhos

Considerando o contexto da pandemia causada pelo novo coronavírus, SARS-Cov-2, e o retorno das aulas presenciais, é responsabilidade de toda a comunidade escolar a adoção de medidas viáveis para a redução de possíveis surtos no ambiente escolar. Junto às medidas de distanciamento mínimo, higienização adequada, etiqueta respiratória e mascaramento, a testagem imediata de contatos de casos confirmados é estratégia importante para identificar e encaminhar o isolamento precoce de casos positivos e evitar/dirimir possíveis focos de transmissão.

Compreendendo o exposto, eu _____,
responsável pelo estudante _____

() AUTORIZO

() NÃO AUTORIZO*

A testagem por meio de coleta de swab (material naso-orofaríngeo) do meu filho pela equipe técnica designada pela Secretaria Municipal de Saúde, caso seja constatado um caso confirmado em sua turma na escola.

*Em caso de 'NÃO AUTORIZAÇÃO', estou ciente de que meu filho ficará impedido de assistir às aulas presenciais por um período de 10 dias, desde a identificação do caso confirmado, ou até que apresente um resultado negativo pelo exame RT-PCR neste mesmo período.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do responsável legal pela criança/adolescente.

Nome do aluno: _____

Nome da mãe do aluno: _____

Data de Nascimento do aluno: _____

Número do cartão SUS ou do CPF do aluno: _____

Identificação da turma: _____