



Itapeçerica da Serra, 30 de outubro de 2024.

**MEMORANDO CIRCULAR S.E. Nº 075 / 2024**

*Nossa missão é continuar o que começa em casa.*

**Aos Diretores das Unidades Escolares**

**Assunto:** Termo de Autorização – Saúde

Informamos, conforme o Ofício CME nº 25/2024 – Conselho Municipal de Educação, que sugere como providência a ser adotada pelas Escolas Municipais que, no ato da matrícula e/ou rematrícula, seja assinado, pelos responsáveis, uma autorização de consentimento de participação em programas e projetos relacionados à saúde da criança: exames para avaliação da visão, audição, pediátrico e dentário, aplicação de flúor, escovação, vacinação, entre outros, e também o Ofício nº 756/2024 – Autarquia Municipal de Saúde, que aponta como sugestão a autorização para ações coletivas de Saúde Bucal desenvolvidas nas escolas.

Tendo em vista as duas recomendações, orientamos para que, no ato da matrícula e/ou rematrícula, a Gestão Escolar organize-se para o recolhimento da assinatura dos responsáveis. Uma vez cumprido o protocolo, o documento deverá constar no prontuário do aluno.

Ressaltamos que nenhuma campanha, envolvendo a saúde dos alunos, poderá acontecer sem o conhecimento prévio dos responsáveis.

**Atenciosamente,**

**Keli Patrícia de A. Lopes**  
Departamento de Educação Infantil

**Cleonice Madalena Pereira**  
Departamento de Ensino Fundamental

**Cícera Alessandra de O. Castanha**  
Departamento de Educação Especial

**Secretário Municipal de Educação**



## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, eu, \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, expedida por \_\_\_\_\_, Telefone  
\_\_\_\_\_, com endereço \_\_\_\_\_.

Autorizo, na condição de ( ) mãe, ( ) pai, ( ) responsável legal pelo (a) aluno (a),  
\_\_\_\_\_, nascido (a) em  
\_\_/\_\_/\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, expedida por \_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) no  
mesmo endereço, a realizar as seguintes atividades: participar de programas e projetos vinculados à  
saúde da criança, os quais serão realizados dentro do espaço escolar em horário normal de aula, como:  
exames para avaliação da visão, audição, pediátrico e dentário, aplicação de flúor, escovação, vacinação,  
entre outros.

Assumo, ainda, pela presente Autorização, integral responsabilidade pela sua participação nas  
referidas atividades.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Itapecerica da Serra, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Observação:** Os pais serão comunicados previamente dos programas e projetos que acontecerão dentro da Unidade Escolar.