



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAURO DE FREITAS - BAHIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE PARA VACINAÇÃO

CONTRA A COVID-19

Eu, _____

Grau de parentesco: () pai () mãe () avós () outros _____

RG/CPF Nº _____ telefone: _____

Autorizo a criança: _____

RG/CPF Nº _____ Data de Nasc.: ____/____/_____, receber

a 1ª dose de imunização contra COVID -19, laboratório Pfizer, para faixa etária de 5 a 11 anos.

ATENÇÃO: Importante informar ao profissional de saúde no ponto de vacinação, o estado de saúde da criança, uso de medicamentos, histórico de doenças para que sejam avaliadas as indicações, precauções e contraindicações.

Informações:

1. Está apresentando sintomas gripais nos últimos 15 dias ? () SIM () NÃO
2. Tomou alguma vacina nos últimos 15 dias ? () SIM () NÃO
3. Está com febre ? () SIM () NÃO
4. Tem algum tipo de alergia ? Qual ? () SIM () NÃO

Observações:

Assinatura do pai, mãe ou responsável.