



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

Eu, _____

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

RG/CPF N° _____ telefone: _____

Autorizo a criança: _____

RG/CPF N° _____ Data de Nasc.: ____/____/_____, receber a
1ª dose de imunização contra COVID -19, laboratório Pfizer, para faixa etária de 6 meses e
menores de 3 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.