



Prefeitura Municipal de Itabira

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

No atual cenário, de grande complexidade sanitária mundial, uma vacina eficaz e segura, é reconhecida como uma solução em potencial para o controle da pandemia, aliada à manutenção das medidas de prevenção já estabelecidas. No Brasil, o Ministério da Saúde autorizou a vacinação de crianças e adolescentes com vacinas de dois fabricantes: Pfizer/Comirnaty pediátrica para aplicação em crianças de 5 a 11 anos de idade OU vacina Coronavac em crianças e adolescentes de 6 a 17 anos (desde que não sejam imunossuprimidos).

Sendo assim:

Eu, _____, RG: _____

() AUTORIZO () NÃO AUTORIZO

Meu filho (a) _____ a
receber a vacina contra a COVID-19.

(Assinatura dos Pais ou Responsável)

Itabira, ____ / ____ / ____