

# PLANO DE OPERACIONALIZAÇÃO DE COMBATE AO CORONAVÍRUS/COVID-19 EM BETIM

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 EM CRIANÇAS DE 05 A 11 ANOS

Eu (nome do pai, da mãe ou do responsável): \_\_\_\_\_

inscrito (a) sob RG nº \_\_\_\_\_ e inscrito (a) sob  
CPF nº \_\_\_\_\_ AUTORIZO meu (minha) filho

(a) \_\_\_\_\_

nascido (a) em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_, residente

à \_\_\_\_\_

bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_ a receber a

vacina contra o covid-19 do laboratório Pfizer 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), Conforme as normas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Estou ciente de que, ao assinar este termo, devidamente preenchido, os profissionais de saúde que farão a aplicação poderão administrar o imunizante em meu (minha) filho (a), com a respectiva comprovação de sua identidade.

Betim, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA