



ESTADO DABAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

14/01/2022

ANEXO 02 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19
PARA CRIANÇAS NA FAIXA ETÁRIA DE 5-11 ANOS

EU, _____ grau
de parentesco _____, portador do CPF/RG
nº _____, autorizo o
menor _____, data de
nascimento _____, idade _____ RG/CPF _____ a receber
a vacinação contra a COVID-19, Pfizer, específica para a faixa etária de 5-11 anos.

DADOS DE SAÚDE DO MENOR A SER VACINADO	SIM	NÃO
APRESENTA SINTOMAS GRIPAIS?		
TOMOU ALGUMA VACINA NOS ÚLTIMOS 15 DIAS?		
APRESENTA FEBRE?		
TEM ALGUM TIPO DE ALERGIA?		

Declaro que as afirmações acima são verdadeiras.

Camaçari, _____ de _____ de 2022.

Assinatura dos pais ou responsáveis
