



Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Teixeira de Freitas

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

Esta vacina é indicada para prevenção da COVID-19 em crianças de 05 a 11 anos, que não se trata da vacinação obrigatória e que tal imunizante possui autorização da ANVISA pela Resolução Nº 4.678 – ANVISA em 16 de dezembro de 2021 para crianças de 5 a 11 anos, seguindo suas recomendações técnicas.

ATENÇÃO: Informe ao profissional de vacinação o estado de saúde da criança, uso de medicamentos, vacinas aplicadas nos últimos 15 dias e seu histórico de doenças!

AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU DOS RESPONSÁVEIS

Eu, _____,
Grau de parentesco _____, RG/CPF n.º _____,
Autorizo meu filho(a) _____,
Data de Nascimento ___/___/____, idade ____ anos, RG/CPF n.º _____,
a receber a 1.ª dose da vacina contra COVID-19, laboratório Pfizer, específica para idades entre 05 a 11 anos e declaro serem verdadeiras as informações abaixo.

A CRIANÇA POSSUI ALGUMA COMORBIDADE (DOENÇA CRÔNICA)? SIM NÃO

Se possui alguma doença crônica (comorbidade), qual?

- Diabetes Mellitus. Doença Pulmonar Grave. Hipertensão Arterial Insuficiência Cardíaca Valvopatias
 Hipertensão Pulmonar Miocardiopatia e pericardiopatia Arritmia Cardíaca Doença Neurológica Crônica
 Doença Renal Crônica Doença Imunológica Anemia Falciforme Talassemia Obesidade Mórbida
 Síndrome de Down Cardiopatia Congênita Deficiência Permanente Outras _____

ESTADO GERAL DE SAÚDE RECENTE

Está apresentando ou apresentou sintomas gripais nos últimos 15 dias? SIM NÃO

Está com algum sintoma gripal no momento? SIM NÃO

Está com Febre neste momento? SIM NÃO

Tomou alguma Vacina nos últimos 15 dias? SIM NÃO

Tem algum tipo de alergia? SIM NÃO. Se SIM, qual? _____

ASSINATURA DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS:

Local para assinatura por extenso:

X _____

ESPAÇO RESERVADO PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE:

Local da Vacinação: _____

Hora da Vacinação: _____

Término dos 20 min. de Observação: _____