

# TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO



## VACINA COVID PARA CRIANÇAS DE 05 A 11 ANOS

É uma vacina utilizada para prevenir a doença COVID-19 provocada pelo vírus SARS-CoV-2 em indivíduos na faixa etária de 05 a 11 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.

### AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU DOS RESPONSÁVEIS

Eu, \_\_\_\_\_,  
grau de parentesco \_\_\_\_\_, RG/CPF n° \_\_\_\_\_,  
autorizo meu filho (a) \_\_\_\_\_,  
Data de nascimento, \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_, RG/CPF n° \_\_\_\_\_,  
a receber a 1ª dose da vacina contra Covid 19, laboratório \_\_\_\_\_, específica para faixa etária de 5 a 11anos e declaro serem verdadeiras as informações abaixo.

### INFORMAR SE...

1. Está apresentando sintomas gripais nos últimos 15 dias?

SIM  NÃO **COMPLEMENTAR** \_\_\_\_\_

2. Tomou alguma vacina nos últimos 15 dias?

SIM  NÃO  
**COMPLEMENTAR** \_\_\_\_\_

3. Está com febre?

SIM  NÃO  
**COMPLEMENTAR** \_\_\_\_\_

4. Está com algum sintoma gripal no momento?

SIM  NÃO  
**COMPLEMENTAR** \_\_\_\_\_

5. Tem algum tipo de alergia? Qual?

SIM  NÃO  
**COMPLEMENTAR** \_\_\_\_\_

Assinatura dos pais ou dos responsáveis

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*(Cópia do documento de identificação da criança, do responsável (pai ou mãe que assinou a declaração e cartão de vacina da criança).

### ESPAÇO RESERVADO PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Horário da vacinação

Término da observação

# TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO



## VACINA COVID PARA CRIANÇAS DE 05 A 11 ANOS

É uma vacina utilizada para prevenir a doença COVID-19 provocada pelo vírus SARS-CoV-2 em indivíduos na faixa etária de 05 a 11 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.

### AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU DOS RESPONSÁVEIS

Eu, \_\_\_\_\_,  
grau de parentesco \_\_\_\_\_, RG/CPF n° \_\_\_\_\_,  
autorizo meu filho (a) \_\_\_\_\_,  
Data de nascimento, \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_, RG/CPF n° \_\_\_\_\_,  
a receber a 1ª dose da vacina contra Covid 19, laboratório \_\_\_\_\_, específica para faixa etária de 5 a 11anos e declaro serem verdadeiras as informações abaixo.

### INFORMAR SE...

1. Está apresentando sintomas gripais nos últimos 15 dias?

SIM  NÃO **COMPLEMENTAR** \_\_\_\_\_

2. Tomou alguma vacina nos últimos 15 dias?

SIM  NÃO  
**COMPLEMENTAR** \_\_\_\_\_

3. Está com febre?

SIM  NÃO  
**COMPLEMENTAR** \_\_\_\_\_

4. Está com algum sintoma gripal no momento?

SIM  NÃO  
**COMPLEMENTAR** \_\_\_\_\_

5. Tem algum tipo de alergia? Qual?

SIM  NÃO  
**COMPLEMENTAR** \_\_\_\_\_

Assinatura dos pais ou dos responsáveis

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*(Cópia do documento de identificação da criança, do responsável (pai ou mãe que assinou a declaração e cartão de vacina da criança).

### ESPAÇO RESERVADO PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Horário da vacinação

Término da observação