



COMBATE AO CORONAVÍRUS • COVID-19

EM BELO HORIZONTE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

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 em ____ de ____ de 20 ____, residente à _____

_____ bairro _____, CEP _____

a receber a vacina contra o covid-19 do laboratório Pfizer, 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.

Belo Horizonte, de _____ de 20 _____

