



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ANEXO II

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

No atual cenário, de grande complexidade sanitária mundial, uma vacina eficaz e segura, é reconhecida como uma solução em potencial para o controle da pandemia, aliada à manutenção das medidas de prevenção já estabelecidas.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou a ampliação do uso da vacina Pfizer/Comirnaty pediátrica para aplicação em crianças de 5 a 11 anos.

Sendo assim:

Eu, _____, RG: _____

AUTORIZO

NÃO AUTORIZO

Meu filho (a) _____
a receber a vacina Pfizer/Comirnaty pediátrica contra a COVID-19.

(Assinatura dos Pais ou Responsável)