

ANEXO II – Modelo Termo de Autorização

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Os pais ou responsáveis devem estar presentes manifestando sua concordância com a vacinação. Em caso de ausência do pai OU mãe OU responsável, a vacinação deverá ser autorizada por meio desse 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, o Ministério da Saúde autorizou a vacinação de crianças e adolescentes com vacinas de dois fabricantes: Pfizer-BioNTech - Vacina Covid-19-RNAm, Pfizer (Comirnaty) pediátrica menor de 5 anos, Pfizer/Comirnaty pediátrica para aplicação em crianças de 5 a 11 anos de idade OU vacina CoronaVac em crianças e adolescentes de 6 a 17 anos (**desde que não sejam imunocomprometidas**) OU a CoronaVac para crianças de 3 a 5 anos de idade.

Sendo assim:

Eu, _____, RG: _____

AUTORIZO

NÃO AUTORIZO

Meu filho (a) _____ a receber a vacina contra a COVID-19.

(Assinatura do Pai OU Mãe OU Responsável)



Secretaria de Estado de
Saúde de Minas Gerais

ANEXO III – Termo de Declaração

TERMO DE DECLARAÇÃO

Eu, _____, inscrito(a) sob o CPF nº _____ e RG nº _____, residente no endereço _____, declaro, sob as penas da lei, que possuo em relação à criança _____, nascida em ___/___/___, vínculo
() familiar (*especificar grau de parentesco: avó, tia, irmã...*): _____
() outro (especificar o tipo de vínculo): _____

Declaro, ainda, que a criança está sob minha responsabilidade e guarda de fato, uma vez se encontrar sem seus pais e responsáveis legais.

_____, ____ de _____ de 2022.

ASSINATURA DO(A) DECLARANTE

OBS. SEGUEM EM ANEXO CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO DA CRIANÇA E COMPROVANTE DE ENDEREÇO E CÓPIA DO RG E CPF DO DECLARANTE.