

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO DE MENOR

A vacinação é reconhecida como uma das mais eficazes estratégias para preservar a saúde da população e fortalecer a saúde e resistência da sociedade. Além de prevenir doenças graves, a imunização contribui para reduzir a disseminação desses agentes infecciosos na comunidade, protegendo aqueles que não podem ser vacinados por motivos de saúde.

Precisamos manter os esquemas vacinais de rotina atualizados, para o controle de inúmeras doenças imunopreveníveis, assim como avacinação de campanha contra o vírus da gripe.

OBS: No dia da vacinação, trazer o CPF/Cartão do SUS e o cartão de vacinas

Eu, _____,
(grau de parentesco) _____,
Autorizo que o menor _____,
(idade) _____ anos,
receba as seguintes vacinas:

Atualização das vacinas de rotina/Covid-19/Influenza

Assinatura do pai, mãe ou responsável