

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:** **TERMO DE ASSENTIMENTO DOS PAIS**

EU, _____,

GRAU DE PARENTESCO _____, RG/CPF Nº _____

PERMITO QUE MEU FILHO (A) _____

DATA DE NASCIMENTO, _____, IDADE _____, RG _____

CPF _____ CARTÃO SUS Nº _____

RECEBA A 1ª DOSE DA VACINA CONTRA COVID-19, DO LABORATÓRIO PFIZER, ESPECÍFICA PARA FAIXA ETÁRIA DE 05 A 11 ANOS DE IDADE E DECLARO SER VERDADEIRAS TODAS AS INFORMAÇÕES PRESENTES NESTE DOCUMENTO.

TODAS AS ORIENTAÇÕES EXIGIDAS NA NOTA TÉCNICA Nº02/2022 - SECOVID/GAB/SECOVID/MS FORAM DEVIDAMENTE ESCLARECIDAS PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE.

 SIM **NÃO*****É NECESSÁRIO A CÓPIA DO DOCUMENTO DA CRIANÇA E DO RESPONSÁVEL LEGAL DO MENOR.**

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL DO MENOR

DATA

ESPAÇO RESERVADO PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE**VACINA****DATA****LOTE****HORA VACINAÇÃO****TÉRMINO
OBSERVAÇÃO****PROFISSIONAL****VACINA COVID PARA CRIANÇAS DE 05 A 11 ANOS****É UMA VACINA PARA PREVINIR 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.**