



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURICURI-PE
COORDENAÇÃO DO PNI MUNICIPAL**



TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Considerando a importância da imunização para prevenção e controle do novo
corona vírus eu, _____

_____, portador (a) do

CPF _____, (genitor(a)/responsável legal)

do(a) aluno(a) _____

_____ declaro para os devidos fins

de direito que autorizo a vacinação contra a COVID-19 do(a) mesmo(a) para a

1° e/ou 2° dose.

Assinatura do(a) genitor(a)/responsável legal