**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)