



Prefeitura Municipal de Caxias do Sul  
Secretaria Municipal de Saúde  
Vigilância Epidemiológica

## AUTORIZAÇÃO DE VACINAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,

pai/ mãe/ responsável legal de \_\_\_\_\_,

nascido (a) na data de \_\_\_\_\_, autorizo o (a) mesmo (a) a fazer a vacina  
contra a covid- 19, conforme Plano Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde.

Caxias do Sul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura