



**PREFEITURAMUNICIPALDECHAPADÃO DOSUL**

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIAMUNICIPALDESAUDE

**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A VACINAÇÃO CONTRA A**  
**COVID-19**

Eu (nome do responsável) \_\_\_\_\_,

**AUTORIZO** Meu filho(a) \_\_\_\_\_,

CPF \_\_\_\_\_ tomar a vacina contra a **COVID-19**.

**É indispensável que se traga o CPF ou CARTÃO DO SUS**



\_\_\_\_\_