# 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 aplicaç ão em crianç as 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)