



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO A SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
NÚCLEO DE IMUNIZAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENOR DE 18 ANOS

Eu,,
R.G. nº, CPF/MF nº, AUTORIZO:
....., R.G. nº
....., CPF/MF nº, Reside atualmente no endereço
....., nº,
complemento, bairro, em Colombo/Paraná, a
receber o imunizante contra o Covid-19 sem a minha presença.

O declarante e o portador desta declaração ratificam a sua veracidade e têm ciência quanto à responsabilidade criminal em caso de falsidade.

Colombo, de de 202.....

.....
ASSINATURA DO DECLARANTE/RESPONSÁVEL

.....
ASSINATURA DO ADOLESCENTE A SER VACINADO

OBS: DEVERÁ SER ANEXADO CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DO DECLARANTE