

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENORES

Eu, .....,

R.G. nº ....., CPF/MF nº .....,

AUTORIZO: .....

R.G. nº .....,

CPF/MF nº .....,

Reside atualmente no endereço Logradouro

....., nº .....,

complemento .....,

bairro ....., cep .....-..... em Fazenda Rio Grande/Pr, conforme

Comprovante de endereço anexo, a receber o imunizante contra o Covid-19

Sem a minha presença.

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

Fazenda Rio Grande, ..... de ..... de 2023.

.....

ASSINATURA DO DECLARANTE  
(idêntica ao documento cópia apresentada)

**OBS: DEVERÁ SER ANEXADO CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DO  
DECLARANTE.**

Este documento deverá ser arquivado na Unidade de Saúde de atendimento.