

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENOR DE 18 ANOS CAMPANHA GRIPE

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 a Gripe H1N1,
H3N2 e Influenza B (em um só dose) 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 (ano)

.....

ASSINATURA DO DECLARANTE
(idêntica ao documento cópia apresentada)

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

.....

ASSINATURA DO ADOLESCENTE A SER VACINADO
(idêntica ao documento original apresentado)

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