



## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENOR DE 18 ANOS

Eu, \_\_\_\_\_ (responsável legal) inscrito sob o R.G. nº \_\_\_\_\_, e sob o CPF/MF nº \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, **AUTORIZO:** \_\_\_\_\_ (menor) inscrito no R.G. nº \_\_\_\_\_, CPF/MF nº \_\_\_\_\_, Reside atualmente no endereço Logradouro \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ complemento: \_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_ - Cidade: Serra Talhada/PE, conforme Comprovante de endereço anexo, autorizo em meu nome a receber e a aplicação do imunizante contra o COVID-19, Sem a minha presença. O declarante e o portador desta declaração, ratificam a sua veracidade e têm ciência quanto a responsabilidade criminal em caso de falsidade.

Serra Talhada, PE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

### ASSINATURA DO DECLARANTE

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

ASSINATURA DO ADOLESCENTE A SER VACINADO

(idêntica ao documento original apresentado)