

**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 Logradouro \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_,  
complemento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_,  
no município \_\_\_\_\_, a receber o imunizante contra a 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.021.

\_\_\_\_\_  
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)