

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENOR
DE 18 ANOS

Eu, _____,
portador(a) do R.G. nº: _____
e CPF nº: _____,
AUTORIZO o(a): _____,
portador(a) do RG nº: _____ e
residente atualmente no endereço: _____
_____ nº: _____, em Cascavel-
PR, **conforme comprovante de endereço anexo**, 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.

Cascavel, _____ de _____ de 2021

**OBS: É NECESSÁRIO ANEXAR UMA CÓPIA DE DOCUMENTO
OFICIAL COM FOTO DO DECLARANTE.**

Este termo ficará retido com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde
de Cascavel.

ASSINATURA DO DECLARANTE
(idêntica ao documento cópia apresentada)

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