

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENOR DE 18 ANOS

Eu, _____,
R.G. nº _____ CPF : _____,
Autorizo: _____,
RG nº _____, CPF nº _____
residente _____ atualmente _____ no _____ endereço

Bairro _____ CEP: _____ em Gurupi -TO, a
receber o imunizante **PFIZER** contra o COVID-19 conforme recomendação contida na
Nota Técnica nº 36/2021 – SECOVID/GAB/MS relativo ao *Plano Nacional de
Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19.*

O declarante e portador desta declaração têm ciência quanto às informações prestadas,
responsabilizando-se criminalmente quanto à sua veracidade.

Gurupi – TO, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do Responsável

Assinatura do Adolescente a ser Vacinado

OBS: DEVERÁ SER ANEXADO CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS DO RESPONSÁVEL E DO ADOLESCENTE VACINADO.