

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENOR DE 18 ANOS

Eu, _____,
portador do R.G. nº. _____, CPF/MF nº. _____
AUTORIZO (Nome do Adolescente): _____,
portador do R.G. nº. _____, CPF/MF nº _____,
Residente atualmente no endereço: _____,
nº _____, complemento _____, bairro _____,
em Água Boa/MT, 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.

Água Boa - MT, _____ 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)