



Termo de Consentimento para Imunização Contra COVID – 19 Adolescentes

Eu _____,
(declarante: pais ou responsável)

R.G. nº _____, CPF nº _____,

AUTORIZO _____
(adolescente)

RG nº _____, CPF nº _____,

Cartão Nacional do SUS (CNS) _____ que reside, atualmente,

no endereço: Rua _____ nº _____, complemento

_____, bairro _____,

em Arapongas/PR, a receber o imunizante contra COVID – 19, nas seguintes circunstâncias:

() somente na minha presença,

() sem minha presença,

O declarante e o adolescente ratificam a veracidade deste termo e são cientes quanto a responsabilidade criminal em caso de falsidade.

Observação: ESSE TERMO DEVE SER ACOMPANHADO DE CÓPIA DE DOCUMENTO OFICIAL DO DECLARANTE – PAIS OU RESPONSÁVEL).

Arapongas, _____ de _____ de 2021.

ASSINATURA DO DECLARANTE
(Idêntica a assinatura do documento oficial apresentado)

ASSINATURA DO ADOLESCENTE A SER VACINADO