



**TERMO DE ASSENTIMENTO/AUTORIZAÇÃO
DA VACINA CONTRA A COVID-19 PARA CRIANÇA (03 a 11 anos)**

Eu _____,
(declarante: pais ou responsável)
R.G. nº _____, CPF nº _____,

AUTORIZO _____
(criança)

RG nº _____, CPF nº _____,

Cartão Nacional do SUS (CNS) _____ que reside, atualmente,
no endereço: Rua _____ nº _____, complemento
_____, bairro _____,

em Arapongas/PR, a receber a vacina contra a COVID-19 Comirnaty (Pfizer/Wyeth) ou Coronavac, 1ª e demais doses que vierem a ser instituídas pelo Ministério da Saúde, nas seguintes circunstâncias:

- () somente na minha presença,
() sem minha presença,

Declaro que estou ciente dos possíveis efeitos desta vacina, ratifico a veracidade deste termo e estou ciente 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 202__.

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