



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENOR DE 5 a 11 ANOS

Eu, _____, R.G. nº _____, CPF nº: _____, AUTORIZO meu filho (a): _____ R.G. nº _____, CPF nº ou cartão SUS. _____, Reside atualmente no endereço: Rua _____, nº _____, complemento _____, Bairro _____, CEP _____ em Contagem/MG, conforme Comprovante de endereço anexo em meu nome a receber o imunizante contra o Covid-19 sem a minha presença. O declarante e o portador desta declaração ratificam a sua veracidade e têm ciência quanto à responsabilidade criminal em caso de falsidade.

Contagem, _____ de _____ de 2.022.

ASSINATURA DO DECLARANTE (idêntica ao documento cópia apresentada)

OBS: DEVERÁ SER ANEXADO CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DO DECLARANTE / O ACOMPANHANTE NA VACINAÇÃO DEVERÁ SER MAIOR DE 18 ANOS.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida General David Sarnoff, 3113 | Cidade Industrial | Contagem - MG | 32210-110

SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE

(31) 3472-6351 | vigisaudecontagem@gmail.com