



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE**



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENOR DE 18 ANOS

Eu,		
CPF:	Data de nascimento:	Telefone:
Endereço:		
<p>Declaro que possuo o vínculo familiar sendo este de _____ do (a) adolescente _____ inscrito sob nº de CPF _____ e sob minha responsabilidade, autorizo e compreendi os aspectos relacionados à vacinação.</p> <p>Assino este termo de consentimento estando ciente que diante do surgimento de dúvidas quanto ao processo de vacinação poderei buscar esclarecimentos no serviço de saúde da minha área de abrangência, além de procurar a unidade de referência, caso apresente alguma reação. Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 do (a) adolescente.</p> <p>O declarante e o portador desta declaração ratificam a sua veracidade e têm ciência quanto a responsabilidade criminal em caso de falsidade.</p> <p style="text-align: right;">RG, ____/____/ 2021.</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura do responsável</p>		