



## 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