ESTADO DO PARANÁ
MUNICIPIO DE SANTA HELENA
SECRETARIA DE SAÚDE
Rua Paraguai - 1401 - Santa Helena - PR - CEP 85.892-000
Fone: 3268-8200 - CNPJ: 76.206.457/0001-19

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENOR DE 18 ANOS

Eu.....,

R.G. nº....., CPF/MF nº....., AUTORIZO: (**nome do adolescente):.....**, R.G. nº....., CPF/MF nº....., residente em Santa Helena-PR, a receber o imunizante contra o Covid-19 **sem a minha presença.**

O declarante e o portador desta declaração, ratificama sua veracidade e têm ciência quanto a responsabilidade criminal em caso de falsidade.

Santa Helena-PR, ... de ..... de 2.021.

_____
ASSINATURA DO DECLARANTE
(Pais ou responsáveis)

_____
ASSINATURA DO ADOLESCENTE A SER VACINADO