

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____ RG _____,
CPF _____, residente no endereço _____
complemento _____, Bairro _____ no Município de Lagoa Santa,
responsável pelo/a menor _____
idade: _____ CPF: _____, autorizo a aplicação da vacina contra o Covid,
com o imunizante da Pfizer/BioNTech Pediátrica no menor supracitado.
O declarante e o portador desta declaração têm ciência quanto à responsabilidade criminal em caso
de falsidade nas informações acima.

Assinatura: _____

Lagoa Santa, _____ de _____ de 2022