



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PAÇANDU**  
**AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Rua Sete de Setembro, nº 713- Fone(44) 3244-1012  
CEP 87.140-000-Centro Paçandu-PR.



**DECLARAÇÃO VACINAÇÃO COVID-19**  
**MENORES DE 18 ANOS**

Eu, \_\_\_\_\_,

CPF: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_.

Declaro para os devidos fins, que sou responsável pelo

**Menor:** \_\_\_\_\_,

CPF: \_\_\_\_\_ e/ou Cartão do SUS: \_\_\_\_\_.

E autorizo a **Vacinação contra a COVID-19**.

No ato da vacinação o menor estava acompanhado por:

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Declaro, ademais, serem verdadeiras todas as afirmações, ciente que a não veracidade poderá acarretar a instauração dos competentes processos judiciais, inclusive o **crime de falsidade**, previsto no Artigo 229 do Código Penal, referente à pena de **1 a 5 anos** quando alguém: “Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir **Declaração Falsa** ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante”.

Paçandu, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura