



Prefeitura Municipal  
**MARIALVA**  
CAPITAL DA UVA FINA

## AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Eu \_\_\_\_\_ (nome completo do pai/mãe ou responsável legal) inscrito sob o CPF nº \_\_\_\_\_, ciente de possíveis efeitos colaterais, autorizo o menor \_\_\_\_\_ (nome completo do menor a receber a vacina), inscrito sob o CPF nº \_\_\_\_\_, a **receber a vacina contra Covid-19 oferecida pelo SUS no município de Marialva-PR.**

Marialva, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal

