



GOVERNO MUNICIPAL DE CAFELÂNDIA
Estado do Paraná
Administração 2021/2024

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 -
Representante legal do menor de idade**

Eu, _____,

R.G. nº _____ CPF nº. _____,

AUTORIZO: _____,

R.G. nº _____, CPF nº. _____,

Reside _____ atualmente _____ no _____ endereço

Logradouro _____, nº _____,

bairro _____ CEP:85415-000 em Cafelândia-PR, 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.

DECLARANTE: () PAI () MÃE () OUTRO _____

Cafelândia, _____ de _____ de 2021

ASSINATURA DO DECLARANTE

(idêntica ao documento cópia apresentada)

**OBS: DEVERÁ SER ANEXADO CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DO
DECLARANTE**

ASSINATURA DO ADOLESCENTE A SER VACINADO