



Prefeitura de São José dos Campos
Secretaria de Saúde
Divisão de Vigilância em Saúde
Vigilância Epidemiológica/Imunização
Comitê Imunização COVID 19

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENOR DE 18 ANOS

Eu,

R.G. n°....., CPF/MF n°.....,

AUTORIZO:.....

R.G. n°.....,

CPF/MF n°.....,

Reside atualmente no endereço Logradouro

....., n°.....,

complemento.....,

bairro....., cep 12.....-... em São José dos

Campos/SP, conforme Comprovante de endereço anexo em meu

nome 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 a responsabilidade criminal em caso de falsidade.

São José dos Campos, de de 2.021.

.....

ASSINATURA DO DECLARANTE
(idêntica ao documento cópia apresentada)

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

.....

ASSINATURA DO ADOLESCENTE A SER VACINADO
(idêntica ao documento original apresentado)