



### ANEXO III

## TERMO DE ASSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO PEDIÁTRICA DE MENOR DE 05 A 11 ANOS DE IDADE, ACOMPANHADO POR TERCEIROS

Eu, \_\_\_\_\_, R.G.nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, grau de parentesco do declarante: PAI ( ) MÃE ( ) OUTROS ( ) SE OPÇÃO OUTROS ESPECIFICAR \_\_\_\_\_,

**AUTORIZO o(a) menor** \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente ao logradouro \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade de \_\_\_\_\_, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome a estar acompanhado pela pessoa responsável \_\_\_\_\_, portador do documento CPF nº \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ para receber a imunização contra a COVID-19 **sem a minha presença.**

O declarante e o portador desta declaração, ratificam sua veracidade e têm ciência quanto a responsabilidade criminal em caso de falsidade.

Mariana, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE  
(idêntica ao documento cópia apresentada)

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURADO RESPONSÁVEL PELO MENOR NO MOMENTO DA VACINAÇÃO  
(idêntica ao documento original apresentado)