



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
PROGRAMA MUNICIPAL DE IMUNIZAÇÃO**

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE CRIANÇAS DE 05 A 11 ANOS, SEM  
ACOMPANHAMENTO DO RESPONSÁVEL**

EU \_\_\_\_\_ INSCRITO SOB CPF \_\_\_\_\_,  
NA CONDIÇÃO DE \_\_\_\_\_ (PAI, MÃE, GUARDIÃO, TUTOR DA CRIANÇA), DECLARO  
QUE COMPREENDI OS ASPECTOS RELACIONADOS À PARTICIPAÇÃO DO(a) MENOR \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, INSCRITO NO CPF \_\_\_\_\_ E AUTORIZO SUA  
VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19.

ESTOU CIENTE QUE DIANTE DO SURGIMENTO DE DÚVIDAS QUANTO AO PROCESSO DE VACINAÇÃO,  
PODEREI BUSCAR ESCLARECIMENTOS NO SERVIÇO DE SAÚDE EM QUE FOI REALIZADA A VACINAÇÃO.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

**ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL**