



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, portador do RG n° _____, inscrito no CPF sob n° _____, responsável legal do adolescente _____, portador do RG sob n° _____, inscrito no CPF sob n° _____, portador do Cartão SUS sob n° _____, AUTORIZO o (a) adolescente a receber a vacina contra a COVID-19, disponibilizada pela Secretaria de Saúde de Nova Santa Rosa/PR.

Ainda, estou ciente que diante do surgimento de dúvidas quanto ao processo de vacinação poderei buscar esclarecimentos junto à Secretaria de Saúde de Nova Santa Rosa.

Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19.

Nova Santa Rosa, _____ Novembro de 2021.

Nome e Assinatura do Responsável Legal