

# TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

Eu, \_\_\_\_\_ portador do CPF:  
\_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, residente e domiciliada  
no município de Itapuranga, \_\_\_\_\_ (grau de  
parentesco) do(a) menor \_\_\_\_\_, portador (a) do  
CPF: \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ data de  
Nascimento \_\_\_\_\_.

Confirmo para os devidos fins que sou o representante e acompanhante legal do(a) menor supracitada e me responsabilizo com a vacinação da mesma contra a COVID-19 no município de Itapuranga-GO.

Declaro que tenho conhecimento e ciência dos possíveis efeitos colaterais que a vacina pode desenvolver na menor de idade, e assumo as responsabilidades sobre a autorização para que a mesma seja vacinada.

Itapuranga, \_\_\_\_\_ de 2021.

---

**Nome completo por EXTENSO**

**Assinatura legível**

Responsável Legal