



**ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE COSTA RICA/MS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
IMUNIZAÇÃO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO – PAIS e RESPONSÁVEIS**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito (a) sob o CPF  
\_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) no endereço  
\_\_\_\_\_,  
telefone \_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_/MS.

Declaro para os devidos fins, que expesso o desejo do meu (minha) filho (a)  
\_\_\_\_\_ em receber a  
*1ª dose da Vacina Contra o Coronavírus – Pfizer Pediátrica*, ofertados pela Secretaria Municipal  
de Saúde de Costa Rica/MS, de forma gratuita pelo SUS.

Autorizo o (a) \_\_\_\_\_  
a levar o meu (minha) filho (a) acima citado para receber a dose acima mencionada.

Sendo expressão da verdade, firmo o presente termo e coloco-me como responsável por  
tal ato.

Costa Rica, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos Pais ou Responsável