

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

Eu, _____, portador do CPF: _____._____._____-____,

autorizo o menor _____, portador do

CPF/CNS: _____._____._____-____ receber a Vacina contra a Covid-19 PFIZER.



Assinatura do Responsável

MUTUNÓPOLIS (GO) – DATA: ____/____/____