

**CONSENTIMENTO PARA
VACINAÇÃO**

Identificação do Cliente

Hospital / Clínica _____

Consentimento

» A preencher pelo Cliente / Representante Legal *(riscar o que não interessa)*

Eu, _____

_____ (nome completo), residente

em _____

_____, portador do BI/CC nº

_____, emitido a _____ e válido até _____,

na qualidade de _____, titular do poder paternal sobre o

menor _____

_____ (nome completo), declaro que autorizo _____

_____ (nome completo), _____

(relação de parentesco com o menor, se a houver), residente em _____

_____, titular do BI/CC _____,

emitido a _____ e válido até _____, a acompanhar o menor acima identificado,

no que diz respeito à administração no Hospital/Clinica _____ das vacinas previstas no:

Plano Nacional de Vacinação

Extra Plano Nacional de Vacinação

Data _____

Assinatura _____