



Prefeitura Municipal de Viçosa/MG
Secretaria Municipal de Saúde

TERMO MENOR DESACOMPANHADO RESPONSÁVEL LEGAL

Eu, _____,
portador(a) do RG n° _____, órgão expedidor _____
e do C.P.F _____ / _____ / _____ - _____ residente e domiciliado(a) no
endereço _____, Bairro
_____ Município _____
CEP _____,

responsável legal pelo menor
_____ portador(a)
do cartão do SUS n° _____, e do C.P.F
_____ / _____ / _____ - _____,

autorizo _____,
portador(a) do RG n° _____, órgão expedidor _____
e do C.P.F _____ / _____ / _____ - _____ residente e domiciliado(a) no
endereço _____, Bairro
_____ Município _____ CEP
_____, acompanhar o menor supra citado na vacinação contra Covid-19.

Viçosa, _____ de _____ de 2022

(Assinatura do responsável)