

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF  
\_\_\_\_\_, telefone nº (92) \_\_\_\_\_, residente à  
\_\_\_\_\_, (  ) Pai (  ) Mãe do menor  
\_\_\_\_\_ compreendo os riscos  
relacionados à COVID-19 a que estão sujeitas as crianças de faixas etárias ainda  
não contempladas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) quando da  
exposição em ambientes com maior risco de contágio da doença, onde a adesão  
ao uso de máscara, distanciamento social seja reduzida, e assumo todas as  
responsabilidades relacionadas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura