

**MINISTÉRIO DA DEFESA**

**EXÉRCITO BRASILEIRO**

**DIRETORIA DE EDUCAÇÃO PREPARATÓRIA E ASSISTENCIAL**

**COLÉGIO MILITAR DE SANTA MARIA**

**COLÉGIO DO VAGÃO**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO**

**CONTRA COVID-19 NO CMSM**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável legal pelo(a) aluno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) de cédula de identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **AUTORIZO** a realização dos procedimentos de aplicação da 1ª dose da vacina contra a COVID-19 em meu dependente pelos profissionais de saúde do Colégio Militar de Santa Maria e Hospital Geral de Santa Maria.

**Outros dados do aluno necessários para a vacinação:**

Nome Completo da mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Santa Maria, RS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do responsável legal

OBS: OS ALUNOS DEVERÃO TRAZER UM DOCUMENTO (CARTEIRA DE IDENTIDADE MILITAR OU CIVIL, CNH, OUTROS) **COM FOTO**.