



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MASSARANDUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SEMAS
CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E ADOLESCENTE - CMDCA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO NO CPA COMITÊ PARTICIPATIVO DE ADOLESCENTES – MASSARANDUBA-PB

Eu, _____, responsável legal
pelo(a) adolescente _____,
autorizo sua participação no **Comitê Participativo de Adolescentes (CPA)**,
edição 2025/2027, do município de **MASSARANDUBA-PB**.

Estou ciente de que essa participação é voluntária, educativa, sem remuneração, e envolve a presença em reuniões, encontros formativos e atividades promovidas pelo município, de forma presencial e/ou virtual.

Autorizo também o uso da imagem do(a) adolescente em registros institucionais, materiais educativos e redes sociais da Prefeitura e parceiros do projeto, sempre para fins educativos e de divulgação do CPA.

Assinatura do Responsavel
Pelo menor

Fone Contato: _____

CPF do Responsavel: _____

Endereço Completo: _____

Massaranduba, _____ de agosto de 2026