



TERMO DE ASSENTIMENTO DA VACINA CONTRA A COVID-19 PARA CRIANÇA

Eu (nome completo e legível do responsável): _____,
inscrito com o CPF nº _____, declaro para os devidos fins, que autorizo o(a) menor
(nome completo e legível da criança),
_____, RG _____,
CPF nº _____ a receber a vacina contra a COVID-19: _____.

Declaro que estou ciente dos possíveis efeitos desta vacina.

Município: Pato Bragado

Data: ____/____/____

Assinatura do responsável pela criança

(Deverá ser arquivada no serviço de saúde durante o período de campanha)