



TERMO DE ASSENTIMENTO DA VACINA CONTRA COVID-19 PARA CRIANÇA DE 5 a 11 ANOS

Eu _____ (nome completo do pai/mãe ou responsável legal) inscrito sob o CPF nº _____, ciente de possíveis efeitos colaterais, autorizo o menor _____ (nome completo e legível da criança), inscrito sob o CPF nº _____, a **receber a vacina contra Covid-19 no município de Sarandi-PR.**

Declaro que estou ciente dos possíveis efeitos desta vacina.

Sarandi-PR, ___/___/___/.

Assinatura do responsável pela criança