



TERMO DE ASSENTIMENTO DA VACINA CONTRA COVID-19 PARA CRIANÇA DE 6 MESES 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