



▷ **ESTADO DE SANTA CATARINA**
Prefeitura Municipal de São João Batista
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA GILSON GERALDO SARTORI, Nº 411
C.G.C 08.361.788/0001-73 - Fone (48) 33807500
E-mail dirdsaude@sjbatista.sc.gov.br

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO COVID-19

Eu, _____,
inscrito sob o CPF _____ declaro que
compreendi os aspectos relacionados à participação do (a) menor
_____, inscrito sob o
CPF _____ e sob minha responsabilidade autorizo sua
vacinação.

Assinei duas vias deste termo de assentimento e estou ciente que diante do surgimento de dúvidas quanto ao processo de vacinação, poderei buscar esclarecimentos no serviço de saúde em que foi realizada a aplicação da dose. Uma via deste documento, devidamente assinada, foi deixada comigo.

Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 do (a) menor.

São João Batista/SC

Data: ____/____/____

Nome completo Assinatura