



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE DIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
“DIANÓPOLIS É A NOSSA BANDEIRA”
GESTÃO: 2021/2024



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Vacinação Contra Covid 19 em Menores de idade- Representante legal do menor de idade

Autorização para Vacinação Contra Covid 19 em menor de idade.

Eu, _____
_____, inscrito sob o CPF _____, declaro que compreendi os aspectos relacionados à vacinação do (a) menor _____ inscrito sob o CPF _____ e sob minha responsabilidade, autorizo sua vacinação. Fui orientado (a) e estou ciente dos benefícios e efeitos colaterais, assim como dos riscos que estarei exposto caso não receba a vacina contra COVID 19. Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 do (a) menor.

Assinatura do Representante Legal

Dianópolis, _____ de _____ de 2021