



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE TIJUCAS
Secretaria da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde
VISA/Epidemiologia/Imunização/DST



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO 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.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura