

TERMO DE OPÇÃO E RECUSA

Eu, _____,
portador do RG nº _____ e do CPF nº _____ DECLARO, para
os devidos fins que diante de minha opção em não receber o imunizante contra a COVID-19 do tipo
_____, que me foi ofertado nesta data, na UBS Vereador Divino Sabino de
Carvalho – Novo Brasil-GO, estou ciente de que somente será disponibilizada nova oportunidade para
vacinação após todos os grupos prioritários e todas as faixas etárias serem vacinados, estando
também ciente dos riscos desta opção.

Novo Brasil-GO, ____/____/2021.

ASSINATURA

DECLARAMOS, para os devidos fins, que o cidadão acima identificado NEGOU-SE a assinar o
presente termo.

Testemunhas:

1. _____

CPF: _____

RG: _____

2. _____

CPF: _____

RG: _____