



**MODELO DE DECLARAÇÃO**

**Declaração de Condições de Saúde para Vacinação Contra COVID-19**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do CPF \_\_\_\_\_,

com data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, com endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ responsável pelo menor (nome da  
criança/adolescente) \_\_\_\_\_

telefone \_\_\_\_\_.

Declaro que a criança/adolescente apresenta (escrever a condição de saúde) \_\_\_\_\_ apresentando alto risco de quadro clínico grave da COVID-19, sendo justificada a sua priorização entre as mesmas pessoas da sua faixa etária. Declaro que estou ciente que os cuidados para minimizar a contaminação devem ser mantidos, tais como usar máscara cobrindo a boca e o nariz, lavar as mãos e evitar locais com muitas pessoas. Da mesma forma, declaro que fui informada que a vacina pode causar eventos adversos pós-vacinais – sendo o mais comum dor no local da aplicação Sou responsável pela veracidade das informações aqui prestadas e estou ciente que as informações podem ser conferidas a qualquer tempo pelos órgãos competentes.

