

TERMO DE RECUSA DE VACINAÇÃO

Eu, Ana Souza, matrícula 2023001, lotado(a) no setor Suporte Técnico, na função de Desenvolvedor de software, portador(a) do CPF 123.456.789-00, declaro, para os devidos fins, que fui devidamente orientado(a) sobre os benefícios, possíveis efeitos colaterais e riscos associados à recusa da vacina contra Influenza (Gripe), recomendada em razão das atividades desempenhadas nesta instituição Secretaria do Tocantins de Palmas. Por decisão própria, opto por não realizar a imunização, assumindo integralmente a responsabilidade por eventuais consequências à minha saúde ocupacional. Isento, portanto, Secretaria do Tocantins de Palmas e o órgão de lotação de qualquer responsabilidade decorrente da ausência de imunização.

Palmas, 28 de May de 2025

Assinatura do(a) Servidor(a)

Assinatura da Chefia Imediata

Assinatura de Testemunha (em caso de recusa de assinatura)