

## 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)