



**Secretaria Municipal de Saúde
Vigilância Epidemiológica**

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.

Assinatura

*Declaração conforme modelo da SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE,
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

“DOE SANGUE, DOE ÓRGÃOS, SALVE UMA VIDA.”

AV. VENÂNCIO AIRES, 720 – CENTRO – 95190-000 – SÃO MARCOS/RS – FONES: (54) 3291.1805