



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE**



Declaração de Condições de Saúde para Vacinação Contra COVID-19

Eu,		
CPF:	Data de nascimento:	Telefone:
Endereço:		
Responsável pelo menor:		
<p>Declaro que a criança/adolescente apresenta _____.</p> <p>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 competente.</p> <p>RG, ____/____/ 2021. _____</p> <p>Assinatura do responsável</p>		