



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA**

**TERMO DE RECUSA DA VACINA  
(Pessoa Idosa)**

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, pessoa idosa esclarecida e orientada, residente  
na \_\_\_\_\_, declaro  
para os devidos fins, que me recuso a ser vacinado contra a COVID-19,  
mesmo após orientações sobre a importância da vacinação para prevenção e  
controle do novo coronavírus.

---

Assinatura

Natal, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.