



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

**TERMO DE RECUSA DA VACINA
(Responsável legal)**

Eu, _____,
CPF _____, responsável legal pela pessoa idosa
_____,
residente na _____,
declaro para os devidos fins, que recuso a vacina contra a COVID-19, da pessoa
idosa acima referida, mesmo após orientações sobre a importância da vacinação
para prevenção e controle do novo coronavírus.

Assinatura do responsável

Natal, ____ de _____ de 2021.