

CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID – 19

TERMO DE CIÊNCIA

Declaro para os devidos fins que EU, _____, inscrito (a) no CPF ou CNS sob o nº _____, estou ciente e de acordo que o meu esquema vacinal iniciado com a vacina covid-19 (recombinante) Oxford/AstraZeneca/Biomanguinhos será completado, segunda dose, com a vacina mRNA contra a COVID-19 Pfizer, obedecendo ao intervalo recomendado entre as doses, tendo realizado a avaliação de risco e benefício para proceder com a vacinação contra a COVID-19.

Município, (dia) de (mês) de ano.

Assinatura