



ANEXO XI

TERMO DE COMPROMISSO PARA CANDIDATOS (AS) QUE RECEBERAM AS 02 (DUAS) DOSES DA VACINA CONTRA A COVID-19

OBSERVAÇÃO: Esse Termo deverá ser preenchido pelos seguintes CANDIDATOS (AS):

- 1) Que receberam as 02 (duas) doses da vacina contra a COVID-19 e **SE ENCONTRAM** nos Grupos de Risco da COVID-19 (maiores de 60 anos; Pneumopatas graves ou descompensadas, que dependentes de oxigênio; Portadores de asma moderada/grave, DPOC; Imunodeprimidos, Hipertensos e Diabéticos descompensados ou de difícil controle; Portadores de Doenças Renais Crônicas em estágio avançado ou paciente em diálise; e as Lactantes);
- 2) Que receberam as 02 (duas) doses da vacina contra a COVID-19 e **NÃO** se encontram nos Grupos de Risco da COVID-19.

Eu, _____, inscrito(a) no CPF/MF sob o número _____ - _____, portador(a) do RG nº _____, órgão expedidor _____, CRM nº _____, DECLARO que tomei as duas doses da vacina contra a COVID-19.

Declaro também que, mesmo tomando as 02 (duas) doses da vacina contra a COVID-19, estou ciente e cumprirei as medidas sanitárias e de segurança necessárias que devem ser adotadas durante a pandemia de Covid-19, a fim de evitar-se a disseminação do novo coronavírus.

Declaro ainda estar ciente de que durante o desempenho de minhas atividades **COMPROMETO-ME** em usar, constantemente, a máscara, assim como realizarei a correta higienização das mãos, por meio de lavagens com água e sabão e por uso do álcool 70%, bem como respeitarei todas as medidas de segurança e orientações da Secretaria de Saúde para o bom desempenho das ações e dos serviços de saúde, conforme orientações do Plano de Segurança Sanitária do Município.

Declaro, por fim, que estou de que o descumprimento do presente instrumento, de forma total ou parcial, acarretará na rescisão do contrato firmado com o Município de Igarassu-PE.

(local e data) _____

NOME DO DECLARANTE

