

**Termo de Responsabilidade da Instituição**

*Pelo presente instrumento, a instituição \_\_\_\_\_, contratualizada, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, com sede na rua \_\_\_\_\_, neste ato representado por seu representante legal, brasileiro(a), \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, DECLARA, para todos os fins de Direito e sob as penas da lei, que o Sr(a) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, exerce a função de \_\_\_\_\_, sendo portanto elegível para o recebimento da vacina (D3) contra a COVID-19, pois se enquadra na categoria de “Trabalhadores da Saúde”, de acordo com o estabelecido no PNO, desempenhando suas funções de forma presencial, em espaços e locais de assistência e vigilância à saúde.*

---

*Assinatura*