**EMPREGADA GESTANTE - TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONSENTIMENTO DE RETORNO AO TRABALHO PRESENCIAL  
Opção pela Vacinação Incompleta**

**Identificação da Empregada**Nome da empregada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Identificação do Empregador**CNPJ ou CPF no caso de empregador pessoa física: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Razão Social ou Nome do Empregador Pessoa Física: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome da empregada) informo que optei por receber a 1ª e 2ª dose da vacina contra a Covid-19, porém, no exercício do meu direito de liberdade individual, não receberei a dose de reforço da vacina, ciente dos riscos envolvidos.

Desta forma, venho, por meio deste termo, declarar meu consentimento, de livre e espontânea vontade, em retornar ao trabalho presencial, assumindo as responsabilidades decorrentes da vacinação incompleta, em cumprimento ao disposto no [artigo 1°](http://www.econeteditora.com.br/bdi/lei/21/lei_14151_2021.php#art1), [§ 6°](http://www.econeteditora.com.br/bdi/lei/21/lei_14151_2021.php#art1_p6) da [Lei n° 14.151/2021](http://www.econeteditora.com.br/bdi/lei/21/lei_14151_2021.php).

Ainda, me comprometo a cumprir todas as medidas e protocolos sanitários determinados e implantados por meu empregador, com base na [Portaria Conjunta SPREV/ME/MS n° 020/2020](http://www.econeteditora.com.br/bdi/port/p20/portaria_conjunta_sprev_020_2020.php).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_ (Cidade, dia, mês e ano)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Assinatura da Empregada