

ANEXO IV

TERMO DE ASSUNÇÃO DE RISCO E RESPONSABILIDADE POR RESTRIÇÃO MÉDICA À VACINAÇÃO

Eu, _____, _____ (Nacionalidade), _____ (Estado Civil), _____ (Profissão), RG n.º _____, CPF n.º _____, residente em _____,

na qualidade de voluntário(a) do Programa de Voluntariado da Fundação Jardim Zoológico de Brasília (FJZB), declaro, para todos os fins de direito, que li, compreendi e concordo com os termos e condições estabelecidos neste documento, em conformidade com a Instrução Normativa n.º 61, de 03 de março de 2026, da FJZB, que regulamenta a prestação de serviço voluntário.

1. RECONHECIMENTO DAS EXIGÊNCIAS DE VACINAÇÃO

Reconheço que a Fundação Jardim Zoológico de Brasília (FJZB) exige a vacinação contra Influenza, COVID-19, Hepatite B, Dengue, Febre Amarela, Tétano e Raiva, entre outras, como medida essencial de segurança e saúde para os voluntários que atuam em atividades que envolvem o manejo de animais silvestres e a entrada em recintos, conforme estabelecido na Instrução Normativa n.º 61, de 03 de março de 2026, da FJZB, e demais protocolos internos.

2. DECLARAÇÃO DE RESTRIÇÃO MÉDICA À VACINAÇÃO

Declaro que possuo restrição médica para a(s) seguinte(s) vacina(s) exigida(s) para as atividades de voluntariado na FJZB:

Marque com um "X" a(s) vacina(s) para a(s) qual(is) você possui restrição médica:

☐ Vacina contra Influenza

☐ Vacina contra COVID-19

☐ Vacina contra Hepatite B

☐ Vacina contra Dengue

☐ Vacina contra Febre Amarela

☐ Vacina Antitetânica

☐ Vacina Antirrábica

[] Outras (especificar, se aplicável)_____

A referida restrição é comprovada por Laudo Médico anexo a este Termo, emitido por profissional habilitado, que atesta a impossibilidade ou contraindicação da administração da(s) vacina(s) mencionada(s) por motivos de saúde.

3. ASSUNÇÃO DE RISCOS E RESPONSABILIDADE

Estou plenamente ciente e compreendo os riscos adicionais à minha saúde e segurança que a ausência da(s) vacina(s) acima indicada(s) implica, especialmente em um ambiente que envolve contato com animais silvestres e entrada em recintos. Tais riscos incluem, mas não se limitam a, maior suscetibilidade a contrair as doenças para as quais não estou imunizado(a), bem como possíveis complicações decorrentes dessas doenças.

Por livre e espontânea vontade, e com base no Laudo Médico que comprova minha restrição, assumo integralmente a responsabilidade por quaisquer consequências, acidentes, lesões, doenças ou danos à minha saúde que possam advir da ausência da(s) referida(s) vacina(s) durante a execução das atividades de voluntariado na FJZB.

Reconheço que a FJZB, seus servidores e prepostos não poderão ser responsabilizados por quaisquer problemas de saúde relacionados à(s) doença(s) para a(s) qual(is) não estou imunizado(a) devido à restrição médica, desde que a FJZB tenha cumprido com todas as demais medidas de segurança e protocolos estabelecidos.

4. COMPROMISSO COM MEDIDAS DE SEGURANÇA ADICIONAIS

Comprometo-me a seguir rigorosamente todas as demais medidas de segurança, protocolos operacionais, diretrizes e orientações fornecidas pelos servidores e colaboradores responsáveis pelas atividades, incluindo o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e a observância de condutas que minimizem os riscos, na medida do possível, dada a minha condição de restrição à vacinação.

Então, firmo o presente Termo em duas vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Brasília/DF, ____ de _____ de ____.

Voluntário