



## TERMO DE RECUSA DE IMUNIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_ Lotado

no (a) \_\_\_\_\_, função de \_\_\_\_\_

Conselho (COREN) nº \_\_\_\_\_.

Na data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , declaro estar ciente dos benefícios e efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarei exposto por esta RECUSA da(s) vacina(s):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Na qual fui orientado (a) por este serviço a realizar em função das atividades desempenhadas neste estabelecimento de saúde, sendo que por minha responsabilidade estou deixando de ser imunizado. Desta forma, isento este serviço, bem como o órgão de lotação de quaisquer problemas que a falta de imunização possa vir a trazer para minha saúde ocupacional.

Justificativa da recusa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Brusque - SC \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Área Técnica

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor