



TERMO DE RECUSA DE IMUNIZAÇÃO

Eu, _____
Matricula: _____ CPF nº _____ Lotado
no (a) _____, função de _____
Conselho (COREN) nº _____.

Na data ____/____/____, declaro está 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