



TERMO DE RECUSA DE IMUNIZAÇÃO

Eu, _____

Matrícula: _____ 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

