

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELA RECUSA PARA VACINAÇÃO

Eu _____ portador do CPF nº _____
na função _____ Conselho Regional _____

No perfeito uso de minhas faculdades físicas e mentais, responsabilizo-me pela **RECUSA** em tomar a **VACINA**:

- Hepatite B**
- Dupla Adulto (Difteria e Tétano)**
- Tríplice Viral (Caxumba; Sarampo e Rubéola)**
- Covid-19**
- Influenza (gripe)**

Motivo da **RECUSA**:

- Sou vacinado (a), não tenho comprovante
- Sou alérgico (a) aos componentes da vacina
- Estou ciente do resultado reagente para Anti – Hbs
- Outros: _____

Declaro para devido fins, que estou ciente do termo e recebi informações a respeito da importância da vacinação, podendo a qualquer momento mudar minha decisão e procurar a diretoria médica para orientações.

Guarulhos, _____ de _____ de _____.

Assinatura