

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