

Termo de Responsabilidade de Recusa de Vacinação

Eu, _____, portadora do RG _____,
residente na _____,
Doula, no perfeito uso de minhas faculdades físicas e mentais, responsabilizo-me pela **RECUSA**
em tomar a **VACINA**:

- Gripe
- Hepatite B
- Dupla Adulto (Difteria e Tétano)
- Tríplice Viral (Caxumba; Sarampo e Rubéola)

Motivo da **RECUSA**:

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

Recebi as informações a respeito da importância da vacinação e assumo integralmente todos e quaisquer riscos decorrentes de minha decisão.

Jaraguá do sul, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura da Doula.