



IRMANDADE SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE RECUSA DE VACINAÇÃO

Eu, _____, portadora do RG nº _____
residente à _____,
Doula, no pleno uso de minhas faculdades físicas e mentais, **assumo total responsabilidade pela recusa em receber a Vacina:**

- Gripe
- Hepatite B
- Dupla Adulto (Difteria e Tétano)
- Tríplice Viral (Caxumba, Sarampo e Rubéola)
- Covid-19

Motivo da recusa:

- Já sou vacinada, porém não possuo o comprovante.
- Sou alérgica aos componentes da vacina.
- Estou ciente do resultado reagente para Anti-HBs.
- Outros: _____

Declaro que recebi todas as informações sobre a importância da vacinação e **assumo integralmente todos e quaisquer riscos decorrentes de minha decisão.**
Fui informada também de que poderei procurar o PSF (Posto de Saúde da Família) para atualizar minha vacinação caso eu mude de decisão.

São Sebastião _____ de _____ de _____.

Assinatura da Doula



IRMANDADE SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS
RUA CAPITÃO LUIZ SOARES, N° 550 - CENTRO
Telefone: (12) 3893-3200



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA COSTA SUL
AV. WALKIR VERGANI, N° 900 - BOIÇUCANGA
Telefone: (12) 3865-2040 / (12) 3865-8060



UPA 24h - CENTRO
RUA CAPITÃO LUIZ SOARES, N° 1050 - CENTRO
Telefone: (12) 3893-3200 RAMAL 3120