



**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**

