



IRMANDADE DA SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS
CNPJ.: 71.041.289/0001-35
Rua Capitão Luiz Soares – 550 Centro São Sebastião/SP



Termo de Responsabilidade de Recusa da 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)
- Covid 19

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. Fui informada também que poderei procurar PSF
para atualizar minha vacinação caso eu mude minha decisão.

São Paulo, _____ de _____ de 20 _____.

_____ Assinatura da Doula.