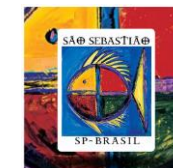




PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO – SP

Secretaria Municipal de Saúde



ESTABELECIMENTO _____ RESPONSÁVEL PELA IMUNIZAÇÃO _____ DATA: ___/___/___.

TERMO DE RECUSA

Declaro estar ciente dos benefícios e efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarei exposto por esta RECUSA. Na qual fui orientado (a) por este serviço sendo que por minha responsabilidade estou deixando de ser imunizado. Desta forma, isento este serviço, bem como o órgão de lotação de quaisquer problemas que a falta de imunização possa vir a trazer para minha saúde ocupacional.

NOME	CPF	FUNÇÃO	ASSINATURA