



VILA FLORES

10

30 blocos
2112.5.2020.0001
50.0000
Tamanho 11x15.0000

TERMO DE RECUSA DE VACINA

EU (RESPONSÁVEL), _____

CPF: _____, NÃO CONCORDO QUE _____

SEJA VACINADO CONTRA _____, PELO SEGUINTE

MOTIVO: _____

O RESPONSÁVEL FOI INFORMADO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DESTE ESTABELECIMENTO, SOBRE OS BENEFÍCIOS DA VACINA E DECLARA ESTAR CIENTE DOS RISCOS E CONSEQUÊNCIAS DESTA RECUSA.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

CARIMBO E ASSINATURA DO
PROFISSIONAL DE SAÚDE

UBS/ESF VILA FLORES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE VILA FLORES
MUNICÍPIO DE VILA FLORES

(54) 3447 - 4622