

TERMO DE DESISTÊNCIA OU RECUSA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	
NOME	
DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE	
NOME DO RESPONSÁVEL (quando se aplicar)	
CPF	
RG	
GRUPO PRIORITÁRIO QUE PERTENCE PARA A VACINAÇÃO	
MOTIVO DA DISISTÊNCIA OU RECUSA	

Na presente data, declaro estar ciente dos benefícios e efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarei exposto por esta RECUSA ou DESISTÊNCIA da vacina contra Covid-19.

Afirmo que fui orientado (a) por este serviço a realizar a imunização por pertencer ao grupo prioritário ou faixa etária contemplada no momento para receber a vacina, sendo que por minha responsabilidade estou deixando de ser imunizado (a), por não aceitar tomar a vacina contra Covid-19 em razão da marca do imunizante. Desta forma, isento este serviço, de quaisquer problemas que a falta de imunização possa vir a trazer para minha saúde e da coletividade.

Estou ciente que a recusa em tomar a vacina contra Covid-19 em razão da marca do imunizante, ficarei impedido de realizar novo agendamento, sendo atendido somente depois de concluída a vacinação de todo o público adulto.

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Assinatura do usuário

Assinatura de Testemunha 1(*)

Assinatura de Testemunha 2 (*)

Eu, enfermeira (o) _____, COREN-PI _____, declaro que coletei o Termo de Desistência/Recusa da vacinação contra Covid-19, informando previamente os riscos e esclarecendo dúvidas do usuário/responsável.

(*) Caso o usuário se recuse a assinar, o Termo deverá ser assinado por duas testemunhas.

