



PREFEITURA DA CIDADE DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

SECRETARIA DE SAÚDE E BEM-ESTAR

TERMO DE RECUSA – MEDIDAS DE BLOQUEIO VACINAL

Eu, _____,
portador(a) do RG/CPF nº _____, residente
na _____

responsável pelo(a) _____ estudante
_____, portador(a) do RG/CPF nº _____,
declaro que fui devidamente informados(a) pelo Gestor

Escolar e pela Equipe da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) acerca da necessidade de realização das **medidas de bloqueio vacinal** para investigação e controle dos contatos de casos confirmados de varicela (catapora).

Fui esclarecido(a) de que:

1. A vacina é segura, gratuita e fundamental para o controle e prevenção da doença;
2. A recusa em realizar o bloqueio vacinal pode comprometer as medidas sanitárias e aumentar o risco de transmissão para terceiros;
3. Estou ciente das possíveis consequências para a minha saúde e/ou da pessoa sob minha responsabilidade.

Apesar das orientações recebidas, **DECLARO MINHA RECUSA** em submeter-me (ou submeter o menor/pessoa sob minha responsabilidade) às referidas medidas de bloqueio vacinal, assumindo integral responsabilidade pelas consequências decorrentes desta decisão.

Data: ____/____/____

Assinatura do Responsável Legal

Assinatura do Profissional de Saúde (carimbo)

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Henrique de Holanda, 727, Matriz, Vitória de Santo Antão - PE. CEP: 55612-001. CNPJ: 08.916.501/0001-24