



Secretaria da
Saúde



GOVERNO DO
TOCANTINS

TERMO DE RECUSA DE IMUNIZAÇÃO ANEXO

Eu,

Matricula: _____

Lotado no (a) _____, função
de _____ CPF nº _____

Na data ____/____/_____, declaro está ciente dos benefícios e efeitos colaterais, assim
como dos riscos a que estarei exposto por esta RECUSA da(s) vacina(s):

Na qual fui orientado (a) por este serviço a realizar em função das atividades desempenhadas
neste estabelecimento de saúde, 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.

_____ - TO ____/____/_____

Assinatura Área Técnica

Assinatura do Servidor