

	Tipo	Formulário	Código FOR.SESMT.030
	Título	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Recusa de Vacinação Ocupacional	Revisão 00
			Página 1 de 1

Eu, _____
 Matricula ou nº conselho: _____ 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 (SESMT-HCA) 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

 Assinatura do profissional

 Assinatura SESMT

Alagoinhas, _____ de _____ de _____.

ELABORAÇÃO ELIZANGELA SILVA TÉCNICA DE SEGURANÇA DO TRABALHO DATA: 14.03.2019	REVISÃO	APROVAÇÃO MAURO AZI DIRETOR EXECUTIVO DATA: 14.03.2019
---	----------------	--