



VIGILÂNCIA  
EMSAÚDE  
CRICIÚMA

Governo do Município de Criciúma  
Secretaria de Saúde  
Vigilância Epidemiológica

## TERMO DE RECUSA DE VACINAÇÃO CONTRA RAIVA/SORO

FICHA SINAN - Nº NOTIFICAÇÃO \_\_\_\_\_ DATA NOTIFICAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_,  
nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, CNS \_\_\_\_\_, inscrito(a) sob RG nº \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, residente à rua \_\_\_\_\_,  
Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_, fui informado adequadamente na  
data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, de todos os riscos relacionados a recusa da realização da  
profilaxia da raiva com vacina ou soro e vacina.

Estou ciente que a raiva é uma **doença grave de letalidade aproximadamente 100%**. Ela é transmitida ao homem por meio de arranhadura, lambedura ou mordedura do animal infectado. O período de incubação da doença pode variar em média 45 dias no homem e de 10 dias a 2 meses no cão.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente