

TERMO DE RECUSA DE IMUNIZAÇÃO

Eu, _____

declaro estar ciente dos benefícios e efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarei exposto tanto pela aceitação como pela RECUSA da(s) vacina(s)

Assim, por minha exclusiva responsabilidade, declaro para os devidos fins que **RECUSO A IMUNIZAÇÃO**, fazendo uso e gozo das minhas perfeitas faculdades mentais, sou plenamente capaz (art. 1º, do CC), ciente de que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica (art. 15, CC), bem como exercendo o meu livre direito de escolha, o meu direito à vida, , à liberdade de consciência, liberdade de crença, liberdade de viver a salvo do temor; à igualdade, à dignidade humana e ao livre desenvolvimento da personalidade; à privacidade; à ausência de interferência em minha vida privada, integridade física, psíquica e moral; à segurança pessoal, saúde, bem-estar que está acima dos interesses da ciência e da sociedade, tudo de acordo com a Constituição Federal de 1988, Código de Nuremberg, Declaração de Helsinque – Associação Médica Mundial, Declaração Universal dos Direitos Humanos, com o Pacto de São José da Costa Rica (Convenção Americana sobre Direitos Humanos), Decreto nº 678/92 e com o Código Civil de 2002.

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.

_____ - __, ____/____/____ .

Nome