

## DECLARAÇÃO DE RECUSA

À DIREÇÃO TÉCNICA DO HOSPITAL PRIMAVERA

Declaro estar ciente das recomendações da Vigilância Sanitária para que todos os profissionais de Saúde que atuam em unidades hospitalares apresentem cartão de vacinação e/ou exames laboratoriais, comprovando a devida imunização contra Tétano, Difteria e Hepatite B, junto às instituições onde prestam seus serviços. A Rede Primavera recomenda a todos os seus prestadores, a atualização e comprovação de sua imunização.

Informo que, mesmo ciente disso, reservo-me o direito de comprovar parcialmente as referidas imunizações ou não comprová-las, responsabilizando-me inteiramente por esta atitude.

Aracaju, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

(Assinatura e carimbo do profissional)