

**TERMO DE RECUSA LIVRE E ESCLARECIDO - PACIENTE /REPRESENTANTE LEGAL**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, domiciliado à \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_. Na qualidade de ( )paciente ( )responsável e representante legal (grau de parentesco):\_\_\_\_\_.

Declaro que fui devidamente informado pelo **NÚCLEO DE CONTROLE DE ZONOSSES**, que a RAIVA é uma infecção viral mortal transmitida para seres humanos a partir da saliva de animais infectados – geralmente por uma mordida, arranhadura e/ou lambedura. Uma vez que a pessoa começa a exibir sinais e sintomas da raiva, a doença é quase sempre fatal. Por esta razão, qualquer um que pode ter um risco de contrair a raiva devem receber vacinação antirrábica para proteção, caso animal agressor não seja passível de observação. Desta forma, declaro que **RECUSO** receber tratamento profilático antirrábico. Estou ciente das possíveis consequências da sua não realização. Optei por não realizar o procedimento/tratamento acima mencionado, podendo a qualquer momento autorizar a realização do procedimento/tratamento que ora recuso, para benefício da minha saúde.

Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre os riscos de morte e eventuais sequelas irreversíveis a que estarei sujeito pela não realização do procedimento e usando dos direitos a que a lei me garante, não autorizo o tratamento indicado, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidade da minha recusa.

Itajaí, \_\_\_\_de\_\_\_\_\_de 20\_\_.

Assinatura:\_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS:**

1. Nome:\_\_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_

2. Nome:\_\_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_

