



Prefeitura de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde

Termo de recusa de recebimento de Soro Antirrábico Humano

CRS:	SUVIS:
Unidade de Atendimento:	
Endereço:	Telefone:
Nome do Paciente:	Data da agressão:
Nome do Responsável:	Grau de parentesco:

Eu, _____,
RG _____, **estou ciente que a raiva é uma doença mortal, e que tenho indicação de receber tratamento com Soro Antirrábico**, além de realizar o esquema com vacina antirrábica pois fui _____ (anotar se mordido e/ou arranhado e/ou lambido) por _____ (anotar espécie do animal) no(a) _____ (anotar locais anatômicos) que pode transmitir a doença raiva.

Diante do exposto acima, confirmo que recebi a orientação sobre os riscos da doença raiva e que recuso a receber o Soro Antirrábico,

São Paulo, _____

^{RS}
Paciente ou responsável: _____

Testemunhas (1): _____

Testemunhas (2): _____