



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE**

TERMO DE RECUSA AO ESQUEMA DE PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA

Eu, _____, de nacionalidade _____,
inscrito(a) sob RG n.º _____ e CPF n.º _____, declaro ter sido orientado
pela Unidade de Saúde/Município _____ quanto ao risco de
contrair Raiva por:

- () recusar a receber o esquema de tratamento profilático contra a Raiva Humana;
() não permitir que meu(s) dependente(s) se submeta(m) ao tratamento profilático contra a Raiva Humana.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura