



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

VIA UNIDADE DE ATENDIMENTO

TERMO DE RECUSA DE COMPARECIMENTO À
UNIDADE DE REFERÊNCIA PARA AARH.

CRS:	UVIS:
Unidade de atendimento:	
Endereço:	Telefone:
Nome do Paciente	Data da Agressão:
Nome do Responsável:	Grau de Parentesco:

Eu, _____, RG: _____, declaro estar ciente de que a raiva é uma doença grave e fatal, e que fui devidamente orientado(a) sobre a necessidade de comparecimento à unidade de referência para avaliação médica, conforme protocolo estabelecido pela Vigilância em Saúde, devido à agressão por animais potencialmente transmissores do vírus da Raiva.

Apesar da orientação recebida, recuso o encaminhamento e/ou comparecimento à unidade de referência para AARH, assumindo total responsabilidade pelos riscos decorrentes dessa decisão.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Testemunhas (1): _____

Testemunhas (2): _____

Paciente ou responsável: _____



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

VIA PACIENTE

TERMO DE RECUSA DE COMPARECIMENTO À
UNIDADE DE REFERÊNCIA PARA AARH.

CRS:	UVIS:
Unidade de atendimento:	
Endereço:	Telefone:
Nome do Paciente	Data da Agressão:
Nome do Responsável:	Grau de Parentesco:

Eu, _____, RG: _____, declaro estar ciente de que a raiva é uma doença grave e fatal, e que fui devidamente orientado(a) sobre a necessidade de comparecimento à unidade de referência para avaliação médica, conforme protocolo estabelecido pela Vigilância em Saúde, devido à agressão por animais potencialmente transmissores do vírus da Raiva.

Apesar da orientação recebida, recuso o encaminhamento e/ou comparecimento à unidade de referência para AARH, assumindo total responsabilidade pelos riscos decorrentes dessa decisão.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Testemunhas (1): _____

Testemunhas (2): _____

Paciente ou responsável: _____