

Orientação ao cidadão de bloqueio por RECUSA:

O seu CPF pode ter sido bloqueado para novo agendamento em decorrência da sua desistência ou recusa quanto à imunização em razão da marca do imunizante. A ocorrência é registrada no **TERMO DE RECUSA DE IMUNIZAÇÃO** com a assinatura de duas testemunhas.

Nestes casos, conforme estabelecido no DECRETO Nº 21.559 DE 07 DE JULHO DE 2021, você terá acesso para fazer um novo agendamento somente após concluída a vacinação de todo o público adulto da vacina do COVID-19, ou seja, maiores de 18 anos, sem comorbidades.

Cabe esclarecer que na oportunidade de novo agendamento, quando o acesso for liberado, será ofertada a vacina disponível, não cabendo a escolha da marca do imunizante.

Esclarecimentos:

- a) **A partir de quando será implementado o bloqueio de novos agendamentos para quem desistir ou se recusar a receber a vacina disponível em razão da marca do imunizante?**

Para todos os casos em que houver a ocorrência registrada no Termo de Recusa de Imunização com a assinatura de duas testemunhas, conforme estabelecido no DECRETO Nº 21.559 DE 07 DE JULHO DE 2021.

Em consonância com os Programas Nacional e Estadual de Imunização, não há possibilidade de escolher a vacina, não sendo possível atender à prescrição ou encaminhamento médico que elegem o tipo de vacina a ser utilizada (nota técnica CVE/CCD/SES-SP).



TERMO DE RECUSA DE IMUNIZAÇÃO

CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 - CAMPINAS/SP

Eu, _____
inscrito(a) no CPF sob o nº _____ declaro que me recuso
a receber a vacina contra a COVID 19 _____,
e estou ciente dos riscos a que estarei exposto por sua não aplicação. Declaro que tomo
esta decisão livremente mesmo tendo sido orientado a receber a imunização e sobre a
importância da vacinação para prevenção e controle do novo coronavírus **e que perco
o direito à ordem cronológica de vacinação e serei realocado na fila de imunização
após concluída a vacinação de todo o público adulto da vacina do COVID-19, quais
sejam, os maiores de 18 anos, sem comorbidades.**

Campinas, ____/____/____.

Assinatura do enfermeiro(a) supervisor da vacina

Assinatura do paciente

Testemunha 1

Testemunha 2

