



**Município de São João da Boa Vista**  
**Departamento Municipal de Saúde**  
**Vigilância Epidemiológica de São João da Boa Vista**

**Ação de vacinação contra o HPV**

**Realizado pela Unidade de Saúde:** \_\_\_\_\_

**Escola:** \_\_\_\_\_

**Termo de Ciência e Autorização de pais ou responsáveis**

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, responsável legal do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_ declaro que fui informado sobre a ação de vacinação contra o HPV (PAPILOMAVIRUS HUMANO 6,11,16,18) na escola.

**( ) AUTORIZO A VACINAÇÃO COM A MINHA PRESENÇA**

Para estudantes do ensino fundamental I, a presença dos pais ou responsáveis é obrigatória.

**( ) AUTORIZO A VACINAÇÃO SEM A MINHA PRESENÇA E SOB CUIDADOS DA EQUIPE DE VACINAÇÃO E EQUIPE ESCOLAR.**

Para estudantes do ensino fundamental II e ensino médio a presença dos pais é opcional.

**( ) NÃO AUTORIZO A VACINAÇÃO**

Para os pais ou responsáveis que optarem por não vacinar em ambiente escolar e o aluno não tiver recebido a vacina. No dia 18/10/2025, todas as unidades de Saúde do Município estão abertas para campanha de Multivacinação onde será disponibilizada a vacina contra o HPV, ou durante a semana de segunda a sexta feira no horário das 7:00h às 17:00h.