



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.