

Termo de Autorização

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE VACINAÇÃO CONTRA HPV

Eu (nome do pai, da mãe ou do responsável), _____, inscrito (a) sob RG n° _____ e inscrito (a) sob CPF n° _____, **AUTORIZO** minha filha _____, ser vacinada contra o Papilomavírus Humano (HPV), na escola em que estuda.

Estou ciente de que, ao não enviar este Termo, devidamente preenchido e assinado, à escola até o dia ____/____/____, os profissionais de saúde **NÃO FARÃO A VACINAÇÃO** na escola.

Informações importantes:

- Na data em que ocorrer a vacinação na escola, a adolescente deverá levar a sua caderneta de vacinação ou a caderneta do adolescente. Caso tenha perdido, será fornecida uma nova caderneta. É fundamental que a adolescente guarde a caderneta e a leve para receber as doses seguintes.
- Para garantir a proteção contra o câncer do colo do útero são necessárias três doses da vacina contra HPV.