

TERMO DE RECUSA DE VACINAÇÃO CONTRA HPV

Eu (nome do pai, da mãe ou do responsável), _____,
inscrito(a) sob RG nº _____ e inscrito(a) sob CPF nº _____, NÃO
CONCORDO que a minha filha _____ seja 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 17 / 03 / 2014, os profissionais de saúde que farão a vacinação na escola poderão administrar
a vacina em minha filha.

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.