

DIREÇÃO GERAL DO CAMPUS MACAÉ – DGCM
COORDENAÇÃO DE SAÚDE E BEM-ESTAR – CSBCM

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO EM PESSOAS MENORES DE 18 ANOS

Prezado (a) Sr. (a), O (A) menor sob sua responsabilidade, poderá participar voluntariamente da vacinação contra O **HPV** – Papiloma Vírus Humano, que acontecerá no dia **13 de Novembro de 2025** no IFF Macaé. A campanha de vacinação será realizada pela Coordenação de Imunização do Município de Macaé em parceria com a UFRJ. Dessa forma, solicitamos o preenchimento do termo abaixo, visando a autorização para vacinação. No dia da campanha solicita-se que seja apresentado CPF, cartão de vacina e que o menor apresente este termo devidamente preenchido e assinado pelos pais ou responsável legal.

Eu, _____,
inscrito(a) sob RG nº _____, CPF Nº _____
aluno(a) _____,
matrícula _____, a receber a(s) vacina(s) abaixo especificada(s).

Vacina HPV – QUADRIVALENTE (☐) Autorizo (☐) Não Autorizo.

Nesse espaço registre qualquer alergia que o(a) aluno(a) tenha (medicamentos, alimentos, ovo, etc): _____.

Macaé, ____ de _____ de 2025

Assinatura do responsável legal