

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO – HPV

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____,
na qualidade de responsável legal pelo(a) aluno (a)

_____,
matriculado(a) no curso _____ do Instituto
Federal Fluminense Campus Quissamã, sob a matrícula nº _____,
AUTORIZO a aplicação da vacina para a prevenção do Papilomavírus Humano
(HPV) no referido estudante.

A vacinação será realizada pela equipe de saúde da rede pública em parceria com o
Campus Quissamã dia 15 de abril de 09:00h às 11:30h, seguindo as diretrizes do
Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Contato do Responsável: (____) _____

Quissamã/RJ, _____ de _____ de 2026.

Assinatura do Responsável Legal
