



**Governo do Município de Criciúma**  
**Secretaria do Sistema de Saúde**  
**Vigilância em Saúde**  
**SETOR DE IMUNIZAÇÃO**

## TERMO DE RECUSA DE VACINAÇÃO CONTRA HPV

Eu (nome do pai, mãe ou do responsável), \_\_\_\_\_,  
inscrito(a) sob RG n° \_\_\_\_\_ e inscrito(a) sob CPF n° \_\_\_\_\_, **NÃO**  
**AUTORIZO E RECUSO** que minha filha \_\_\_\_\_ receba a  
vacina contra o papilomavírus humano (HPV). Tenho consciência e conhecimento de que recebi todas  
as orientações e esclarecimentos dos benefícios de prevenção e de proteção contra vários tipos de  
cânceres que essa vacina proporciona.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**Central de Vigilância em Saúde – Vigilância Epidemiológica**  
Endereço: Rua Madre Tereza Michel, 446 – Michel, Criciúma. CEP: 88803-030  
Fone: 3445-8774 e-mail: imunocri@gmail.com