



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE



Autorização, para crianças de 9 a 14 anos, para a aplicação das seguintes vacinas: HPV, ACWY.

Eu, _____, responsável pelo (a) aluno (a) _____, Cartão Nacional da Saúde/CPF _____, estudante da escola _____, ciente da importância da imunização para a proteção da saúde. Informamos que a vacina ACWY é destinada dos 11 aos 14 anos e HPV dos 9 aos 14 anos. Trazer CARTEIRA DE VACINAÇÃO na data. Crianças menores de 12 anos só serão vacinadas mediante presença de um responsável.

Frente estas informações, autorizo a aplicação da (s) vacina (s): () HPV, () ACWY

Após a aplicação das vacinas, a criança pode ter alguns sintomas adversos leves e de curta duração. Caso esses sintomas aumentem, ou permaneçam, procure sua unidade de saúde.

Assinatura do responsável

Porto Alegre ____/____/____

Em caso de dúvidas, entre em contato com a sua unidade de saúde.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE



Autorização, para crianças de 9 a 14 anos, para a aplicação das seguintes vacinas: HPV, ACWY.

Eu, _____, responsável pelo (a) aluno (a) _____, Cartão Nacional da Saúde/CPF _____, estudante da escola _____, ciente da importância da imunização para a proteção da saúde. Informamos que a vacina ACWY é destinada dos 11 aos 14 anos e HPV dos 9 aos 14 anos. Trazer CARTEIRA DE VACINAÇÃO na data. Crianças menores de 12 anos só serão vacinadas mediante presença de um responsável.

Frente estas informações, autorizo a aplicação da (s) vacina (s): () HPV, () ACWY.

Após a aplicação das vacinas, a criança pode ter alguns sintomas adversos leves e de curta duração. Caso esses sintomas aumentem, ou permaneçam, procure sua unidade de saúde.

Assinatura do responsável

Porto Alegre ____/____/____

Em caso de dúvidas, entre em contato com a sua unidade de saúde.