PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CARTÃO DE VACINAÇÃO

NOME: Maria Eduarda Costa

ENDEREÇO: Tenório

CIDADE: _____ UF: _____

DATA DE NASC.: 08 / 07 / 2002 RG: _____

dT ☐ dTpa ☐	dT ☐ dTpa ☐	dT ☐ dTpa ☐	dT ☐ dTpa ☐	dT ☐ dTpa ☐
1ª dose	2ª dose	3ª dose	Reforço	Reforço

FEBRE AMARELA		MENINGO C REFORÇO
DATA: ___/___/___ LOTE: VAL.: FAB.: ASS.:	___/___/___ ASS.:	___/___/___ ASS.:

PNEUMO 23V		HEPATITE B 1ª dose	HEPATITE B 2ª dose	HEPATITE B 3ª dose
___/___/___ ASS.:	___/___/___ ASS.:	___/___/___ ASS.:	___/___/___ ASS.:	___/___/___ ASS.:

TRÍPLICE VIRAL 1ª dose	TRÍPLICE VIRAL 2ª dose	HPV 1ª dose	HPV 2ª dose	
___/___/___ ASS.:	___/___/___ ASS.:	___/___/___ ASS.:	___/___/___ ASS.:	___/___/___ ASS.:

INFLUENZA	INFLUENZA			
___/___/___ ASS.:	___/___/___ ASS.:	___/___/___ ASS.:	___/___/___ ASS.:	___/___/___ ASS.:

ANOTAR: nome da vacina, data, lote, assinatura legível e carimbo da unidade.