

Comprovante
Campanha de
Vacinação contra a
paralisia infantil
20 de agosto de 2005.
US Coral

ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO

DOSES	VACINAS	SABIN
1ª	DATA LOCAL RUBRICA	2410412 mau U.S. CENTRAL 36366
2ª	DATA LOCAL RUBRICA	2416104 mau U.S. CENTRAL 36366
3ª	DATA LOCAL RUBRICA	2416104 mau U.S. CENTRAL 36366
1º REFORÇO	DATA LOCAL RUBRICA	2410503 mau U.S. CENTRAL 36366
2º REFORÇO	DATA LOCAL RUBRICA	2410503 mau U.S. CENTRAL 36366

Central 142-02

CONTRA HEPATITE B	BCG	CONTRA SARAMPO	TRIVIRAL
1910318 Lissa U.S. CENTRAL 36366	HPV 3810314 Lena U.S. CENTRAL 36366	1011262 mau U.S. CENTRAL 36366	20100103 mau U.S. CENTRAL 36366
2410412 mau U.S. CENTRAL 36366	HPV 3810314 Lena U.S. CENTRAL 36366	1011262 mau U.S. CENTRAL 36366	20100103 mau U.S. CENTRAL 36366
2410412 mau U.S. CENTRAL 36366	HPV 3810314 Lena U.S. CENTRAL 36366	1011262 mau U.S. CENTRAL 36366	20100103 mau U.S. CENTRAL 36366
2410412 mau U.S. CENTRAL 36366	HPV 3810314 Lena U.S. CENTRAL 36366	1011262 mau U.S. CENTRAL 36366	20100103 mau U.S. CENTRAL 36366



ESTA CADERNETA CORRETAMENTE PREENCHIDA PERMITE:

- ACOMPANHAR TODOS OS FATOS RELATIVOS À SAÚDE, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DO INDIVÍDUO.
- FÁCIL ACESSO AS INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE EM CASOS DE INTERNAMENTOS OU URGÊNCIAS.

LEVE SEMPRE ESTA CADERNETA À CONSULTA MÉDICA E SOLICITE QUE OS DADOS SEJAM REGISTRADOS E ASSINADOS.

A CADERNETA DE SAÚDE É UM DOCUMENTO
CONFIDENCIAL

IDENTIFICAÇÃO

NOME: *MARIA LUIZA PEREIRA*

DATA DE NASCIMENTO: *18/02/02* SEXO: *F*

LOCAL: *H.G. M.T.R.* HORA: *14:55*

MUNICÍPIO: *Lages* U.F.: *SC*

NOME DO PAI: *João Pereira*

NOME DA MÃE: *Sônia dos Santos da Rosa Pereira*

GRUPO SANGÜÍNEO: *A* Rh: *+*

LABORATÓRIO: DATA EXAME

REGISTRO DE NASCIMENTO:

NOME DO CARTÓRIO: *Livro A-3 aux. 251536*

NÚMERO DE REGISTRO: *2624* DATA: *19-02-2002*