



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da Saúde

Secretarias
Estaduais e
Municipais
de Saúde

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

DOCUMENTO DE USO OBRIGATÓRIO

Nome:

Priscila Isabella Oliveira

Tipo Sanguíneo:

RG/Órgão Emissor:

Data de Nascimento:

Endereço:

Endereço:

Cidade:

UF:

Fone:

Dupla Adulto (Difteria / Tétano)		Influenza (Gripe)	
L. / /	L. / /	L. / /	L. / /
Cód. / /	Cód. / /	Cód. / /	Cód. / /
rub. / /	rub. / /	rub. / /	rub. / /
L. / /	L. / /	L. / /	L. / /
Cód. / /	Cód. / /	Cód. / /	Cód. / /
rub. / /	rub. / /	rub. / /	rub. / /
L. / /	L. / /	L. / /	L. / /
Cód. / /	Cód. / /	Cód. / /	Cód. / /
rub. / /	rub. / /	rub. / /	rub. / /

F. Amarela		Outras Vacinas	
09/03/18	26/05/10	18/09/20	
134VF00312	134VF00312	134VF00312	
Cód. 04/20	Cód. 12/11	Cód. 12/11	
rub. 12/11	rub. 12/11	rub. 12/11	
L. / /	L. / /	L. / /	L. / /
Cód. / /	Cód. / /	Cód. / /	Cód. / /
rub. / /	rub. / /	rub. / /	rub. / /
L. / /	L. / /	L. / /	L. / /
Cód. / /	Cód. / /	Cód. / /	Cód. / /
rub. / /	rub. / /	rub. / /	rub. / /