

1a.
dose2a.
dose3a.
dose

Reforço

Data/Rubrica

Data/Rubrica

Data/Rubrica

Data/Rubrica

VACINAS OBRIGATORIAS NO 1º ANO DE VIDA

Anti-Pólio	DPT(Tríplice)	Contra Hepatite B	BCG	Contra Sarampo	Contra Febre-Amarela	Outras Vacinas	
15/06/02 + 8/08/02 CROSSETTI	19/08/02 8/08/02 CROSSETTI	15/06/02 8/08/02 CROSSETTI	23/12/08 08/08/08 S.S.M.A. - SM	14/05/03 Rec. 20/08/03 CROSSETTI	23/12/08 08/08/08 S.S.M.A. - SM	H 1 B 15/06/02 T 8/08/02 CROSSETTI	Pólio 08/10/04 Pólio 21/08/04 Pólio 11/06/05 Pólio 10/06/06 Pólio 26/08/06
22/10/02 ✓ CROSSETTI	25/11/02 ✓ CROSSETTI	25/11/02 ✓ CROSSETTI	23/12/08 08/08/08 S.S.M.A. - SM	23/12/08 08/08/08 S.S.M.A. - SM	23/12/08 08/08/08 S.S.M.A. - SM	22/10/02 ✓ CROSSETTI	Pólio 20/08/05 Pólio 10/06/06 Pólio 26/08/06
20/08/03 Vande CROSSETTI	23/12/08 08/08/08 S.S.M.A. - SM	23/12/08 08/08/08 S.S.M.A. - SM	23/12/08 08/08/08 S.S.M.A. - SM	23/12/08 08/08/08 S.S.M.A. - SM	23/12/08 08/08/08 S.S.M.A. - SM	Pólio 14/06/03 Ac. inf. 20/08/06	Pólio 26/08/06

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovante de vacinação. Não pode ser retido.

Procure o serviço de saúde para acompanhar a saúde do seu filho e sempre que ele ficar doente. Leve sempre este cartão e peça que seja preenchido.