

IMUNIZAÇÕES

TITE B	HEPATITE B	HEPATITE B	HEPATITE B
--------	------------	------------	------------

AR: nome da vacina, data, lote (quando a norma exigir), rubrica e código ou nome da unidade;

PRESENTE A - AUSENTE NV - NÃO VERIFICADO

NEURO-PSICO-MOTOR 17

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

Renata Matheus Butei

DATA DE NASCIMENTO: *24.2.94* SEXO: *F*

LOCAL: *M.C.D.* HORA: *10.50*

MUNICÍPIO: *Ipelir* U.F.: *SC*

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE: *Maria Butei*

GRUPO SANGÜÍNEO: Rh:

LABORATÓRIO: DATA EXAME:

REGISTRO DE NASCIMENTO: *12654*

NOME DO CARTÓRIO: *12654*

NÚMERO DE REGISTRO: *5000* DATA: *01/03/94*

ESTA CADERNETA CORRETAMENTE PREENCHIDA PERMITE:

- ACOMPANHAR TODOS OS FATOS RELATIVOS A 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