



ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde – SUS



CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

NOME <i>Natalia da Silveira Ramos</i>		
NOME MÃE		
CNS	DATA DE NASCIMENTO	
ENDEREÇO		
CIDADE	UF	TELEFONE

TÉTANO/DIFTERIA (dT)	dT	dTpa
Dose: <i>Feb 09</i> Data: <i>05/10/2009</i> Lab.: <i>2338L009A</i> Lote: U.S.: <i>QSB Quine</i> Vacinador:	Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:

HEPATITE B	VTV	HPV
Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:

FEBRE AMARELA	INFLUENZA (GRIPE)	INFLUENZA (GRIPE)
Dose: Data: <i>01/10/2009</i> Lab.: <i>183DF-A0162</i> Lote: U.S.: <i>QSB Quine</i> Vacinador:	Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Data:/...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:

COMPROVANTE DE VACINAÇÃO CONTRA RUBÉOLA/2008

NOME	<i>Natalia da Silveira Ramos</i>	IDADE	
MUNICÍPIO VACINAÇÃO	<i>Florianópolis</i>		
DATA	<i>08.01.09.</i>		
LABORATÓRIO	<i>082 VVA 0467</i>		
LOTE	<i>082 de Cruz</i>		
C.S.	<i>082 de Cruz</i>		
VACINADOR	<i>Resende</i>		

ADP-02031

Mantenha sempre este documento
em sua carteira, para comprovar
que você foi vacinado.



As mulheres que receberam a
vacina contra a rubéola durante
a gravidez, ou engravidaram
até 30 dias após a vacinação,
devem procurar uma unidade
de saúde.



AUTENTICAÇÃO	
A PRESENTE FOTOCOPIA É Cópia FIEL DO ORIGINAL, DO QUE DOU FE	
FPOLIS <i>11</i> DE <i>02</i> DE 200 <i>8</i>	
☒	MARIA A. KOTZIAS - Of. Maior
☒	MARIA H. G. KOTZIAS - Escrevente
☒	JOSE LARI MARTINS - //
☒	SARA SALLES SILVESTRE - //
☒	JOSE MARCELINO - //
Contar por: <i>[Signature]</i>	

CARTÓRIO KOTZIAS
1º SERVIÇO DE NOTAS
RUA: JERÔNIMO COELHO, 170
8º ANDAR - CENTRO - Fpolis - SC
FONES: 3224-2487 - 3204-4325
FAX: 3223-4187 - CEP: 88010-030

BDR 01084