

VACINAS OBRIGATORIAS NO 1º ANO DE VIDA					Contra	Outras Vacinas	
Anti-Pólio	DPT (Triplíce)	Contra Hepatite B	BCG	Contra Sarampo	Febre-Amarela	D.T.	
1ª dose	IMUNIZAÇÃO UMS C. NOVA IV DATA 17/11/03 RESP. [assinatura]	1ª DOSE IMUNIZAÇÃO UMS C. NOVA IV DATA 17/11/03 RESP. [assinatura]	IMUNIZAÇÃO UMS C. NOVA IV DATA 17/11/03 RESP. [assinatura]	IMUNIZAÇÃO UMS C. NOVA IV DATA 17/11/03 RESP. [assinatura]	IMUNIZAÇÃO UMS C. NOVA IV DATA 17/11/03 RESP. [assinatura]		Camp Polio 05/06/04
2ª dose	IMUNIZAÇÃO UMS C. NOVA IV DATA 22/11/03 RESP. [assinatura]	2ª DOSE IMUNIZAÇÃO UMS C. NOVA IV DATA 22/11/03 RESP. [assinatura]	REF. BCG	ESF Albing Barbosa Vacina: T. viral Data: 20/04/21 Lot: 0159N006A Ass: Isabel	REF. F.A		66 11/03
3ª dose	IMUNIZAÇÃO UMS C. NOVA IV DATA 22/11/03 RESP. [assinatura]	3ª DOSE IMUNIZAÇÃO UMS C. NOVA IV DATA 22/11/03 RESP. [assinatura]					
Reforço	20540405 26108604 26108604 Saraiva	2ª D.P.T 26108604 26108604 Saraiva	REF. D.P.T ESF Albing Barbosa Vacina: DT 46 Data: 20/04/21 Lot: 23304001D Ass: Isabel	DT ref 20/04/20031			

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.

Cartão da Criança

UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
F.M.A. BEBAU BUS C. NOVA IV

Nome da criança: **GUANCA DE NAZARÉ VIEGOLINO**
Nome da mãe: **WANDICE NAZARÉ VIEGOLINO**
Nome do pai: **WANDICE TEIXEIRA DE SOUZA**
Endereço: **AV. PUGUSTO MONTENEGRO RUA CAPELOS SANTOS Nº 30**
Cidade/Estado: **BELEM / PARÁ**
Local de referência: **BELEM / PARÁ**
Telefone: **868-3527**
CEP: **66000-000**

Data de nascimento: **10.05.03.**
Comprimimento (cm): **70.0**
Peso em (gramas): **3.080**
Tipo de parto: **Normal**
Perímetro cefálico (cm): **34.0**
Perímetro torácico (cm): **34.0**
Observações: **UMS CUIV**

Local: **PRIMEIRA INFÂNCIA INSTITUTO DE SAÚDE DA MULHER**