



Prefeitura Municipal de Abaetetuba
Secretaria Municipal de Saúde
Sistema único de Saúde



CARTÃO DE VACINA DO ADULTO

NOME:

TIPO SANGUÍNEO:

Cleisse Samiley Feio de Melo

RG. Órgão Emissor:

Data de Nascimento:

SUS

23/05/1998

Endereço:

Entrada de Beza Km 6

Cidade:

UF.

Fone:

Abaetetuba

PA

99357-3421

Dupla Viral (Difteria/Tétano)			Influenza (Gripe)			TV		
<div>C.S.H.P. Lote: <u>207</u> Fab.: <u>221501218</u> Ass.: <u>20/04/20</u> <u>Jesus</u></div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div><u>04/05/19</u> Lote: <u>3458</u> Fab.: _____ Ass.: <u>Enrica</u></div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>C.S.H.P. Lote: <u>12</u> Fab.: <u>01691003</u> Ass.: <u>20/04/20</u> <u>Jesus</u></div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>			
<div><u>Abril</u> Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: <u>20/03</u></div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: <u>20</u> Fab.: <u>05</u> Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>			
<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>					

F. Amarela		Hepatite B		HPV	
<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div><u>20/04/20</u> Lote: <u>12</u> Fab.: <u>01691003</u> Ass.: <u>20/04/20</u> <u>Jesus</u></div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>
<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: <u>20</u> Fab.: <u>06</u> Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>
<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>	<div>/ / Lote: _____ Fab.: _____ Ass.: _____</div>

Vacinas da Infância	1ª	2ª	3ª	4ª
Tuberculose BCG	/ /	/ /	/ /	/ /
Tetra Viral	/ /	/ /	/ /	/ /
Difteria Tétano, coqueluche DTP	/ /	/ /	/ /	/ /
Poliomelite	/ /	/ /	/ /	/ /
Febre Amarela	/ /	/ /	/ /	/ /
Sarampo, caxumba, Rubéola	/ /	/ /	/ /	/ /
Hepatite B	/ /	/ /	/ /	/ /

Observação: Para a sua proteção, conserve este cartão junto aos seus documentos de importância. Apresente-se antes de qualquer atendimento médico.