

Ass: _____

Ass: _____



SUS - Bahia

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

NOME: <u>Bruma dos Santos Machado</u>	
DN: <u>18/02/00</u>	TIPO SANGUÍNEO: _____
END: _____	
MUNICÍPIO: _____	
UF: _____	TELEFONE: _____

VACINA DUPLA ADULTO (dT)

1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Reforço
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____
Val: _____	Val: _____	Val: _____	Val: _____

	2 nd Dose
<u>Lote:</u>	<u>Lote:</u>
<u>Val:</u>	<u>Val:</u>