

VTV

OUTRAS VACINAS	OUTRAS VACINAS	OUTRAS VACINAS
Vacina: 1 ² Data: 17.08.17 Lab.: 01346007B Lote: Serum U.S.: 19ena Vacinador: J. G. M.	Vacina: Data: Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Vacina: Data: Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Vacina: Data: Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Vacina: Data: Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:

VACINAS DA INFÂNCIA

DOSE	1'	2'	3'	REF.
BCG				
Hepatite B				
Poliomielite				
Tetravalente/Pentavalente				
Sarampo, Caxumba, Rubéola (VTV)				
Difteria, Tétano, Coqueluche (DPT)				
Haemophilus b				
Sarampo (mono)				
Febre Amarela				

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

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

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

NOME: *Eduarda Fial Guallo*

RG (Nº ÓRGÃO EMISSOR): DATA DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO:

CIDADE: UF: TELEFONE:

DIOESC ADP-01087