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

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

NOME: Katielly Peani			
RG (Nº ÓRGÃO EMISSOR):		DATA DE NASCIMENTO: 04/12/80	
ENDEREÇO:			
CIDADE: São José	UF: SC	TELEFONE:	

ADP-01087

TÉTANO/DIFTERIA (dT)	HEPATITE B	FEBRE AMARELA
Dose: Data: ...../...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Hep B. 1-D Data: 30/09/19 Lab.: 5 Invidior Lote: U.S.: 035170 17 Vacinador: VBS Campo	Dose: Data: 25/8/21 Lab.: 1851777 Lote: Moderna U.S.: Bela Vista Vacinador: Eloize
Dose: Data: ...../...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Cellan Data: 25/08/21 Lab.: VVX19003 Lote: U.S.: Bela Vista Vacinador: Eloize	Dose: Data: ...../...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Dose: Data: ...../...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Data: ...../...../..... Lab.: Lote: 25110 U.S.: Vacinador:	Dose: Data: ...../...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:

TÉTANO/DIFTERIA (dT)	HEPATITE B	FEBRE AMARELA
Dose: Data: ...../...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Hep B. 1-D Data: 30/09/19 Lab.: 5 Invidior Lote: U.S.: 035170 17 Vacinador: VBS Campo	Dose: Data: 25/8/21 Lab.: 1851777 Lote: Moderna U.S.: Bela Vista Vacinador: Eloize
Dose: Data: ...../...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Cellan Data: 25/08/21 Lab.: VVX19003 Lote: U.S.: Bela Vista Vacinador: Eloize	Dose: Data: ...../...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:
Dose: Data: ...../...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador:	Dose: Data: ...../...../..... Lab.: Lote: 25110 U.S.: Vacinador:	Dose: Data: ...../...../..... Lab.: Lote: U.S.: Vacinador: