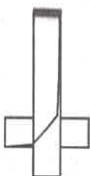


Vacinas da Infância:

	1. <sup>a</sup>	2. <sup>a</sup>	3. <sup>a</sup>	4. <sup>a</sup>
Tuberculose BCG	/	/	/	/
Haemophilus B	/	/	/	/
Difteria, Tétano Coqueluche	/	/	/	/
Poliomielite	/	/	/	/
Sarampo	/	/	/	/
Febre Amarela	/	/	/	/
Sarampo, Caxumba Rubéola	/	/	/	/
Hepatite B	/	/	/	/

Observação: Para sua proteção, com Sirve este cartão junto ao seus documentos de importância. Apresente-o antes de qualquer atendimento médico.



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Fundação Nacional de Saúde

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

## CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

Nome:

Tipo Sanguíneo:

RG/Orgão Emissor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço:

Cidade:

UF:

Fone:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dupla Adulto (Difteria/Tétano)	Influenza (Gripe)		

F. Amarela	Dupla Viral (Sarampo/Rubéola)	Outras Vacinas	