

DECLARAÇÃO DE CARTÃO DE VACINAÇÃO ATUALIZADA

Estabelecimento de Saúde: _____

Declaramos para os devidos fins que, _____,
(nome legível)

Idade _____, sob o número do Cartão SUS _____,

está com o esquema de vacinação atualizada na faixa-etária prevista no Calendário de
Vacinação até a presente data.

Vacinas previstas para administração durante o ano:

VACINA: _____ DATA PARA ADMINISTRAÇÃO: ___/___/___

Manaus. ___/___/___

(ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E CARIMBO)

Ciente:

(ASSINATURA DO PAI E/OU RESPONSÁVEL)