



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da Saúde

Fundação
Nacional
de Saúde

Secretarias
Estaduais e
Municipais
de Saúde

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

Nome:

RG/Órgão Emissor:

Data de Nascimento:

Endereço:

Cidade:

UF:

Fone:

Tipos Sanguíneos:

Vacinas da Infância

	1ª	2ª	3ª	R
Tuberculose BCG	/	/	/	/
Haenophilus B	/	/	/	/
Difteria, Tétano, Coqueluche	/	/	/	/
Poliomielite	/	/	/	/
Sarampo	/	/	/	/
Febre Amarela	/	/	/	/
Sarampo, Caxumba, Rubéola	/	/	/	/
Hepatite B	/	/	/	/

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

Dupla Adulto (Difteria/Tétano)		Influenza (Gripe)		

F. Amarela		Outras Vacinas			