



Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenação do Programa de Imunizações

COMPROVANTE DE VACINAÇÃO INFLUENZA

Unidade:	CSF Luiz Célso Pereira	
Nome:	Fabio James Maciel	
CPF:		DN: Idade:

Vacina Dose	Influenza (gripe)	Dupla Adulto	Pneumo 23	DV	
1ª				15/02/20	0128141
2ª					
3ª					
Ref.					
Ref.					

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACINAÇÃO OU PROFILAXIA

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Certifica-se que [nome]
This is to certify that [name]

FABIO DARES MACIEL

Sexo **MASCULINO**
Sex

Data de nascimento **08/07/1970**
Date of birth

Nacionalidade **BRASIL**
Nationality

Documento nacional de identificação, se for o caso
National identification document, if applicable

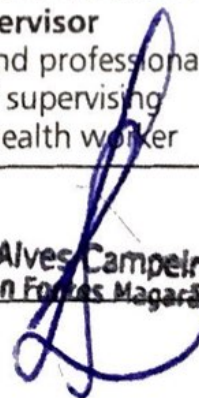

CARTEIRA DE IDENTIDADE - 08624283-1
ITP - RJ

Cuja assinatura segue 
Whose signature follows

Foi vacinado ou recebeu profilaxia na data indicada contra:
Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:

FEBRE AMARELA
YELLOW FEVER

de acordo com o Regulamento Sanitário internacional
in accordance with the International Health Regulations

Vacina ou Profilaxia Vaccine or Prophylaxis	Data Date	Assinatura e título profissional do clínico/agente de saúde supervisor Signature and professional status of supervising clinician/health worker	Fabricante e número do lote da vacina/profilaxia Manufacture and batch no. of vaccine or prophylaxis	Certificado válido de..... à..... Certificate valid from..... to.....	Selo oficial do centro administrado Official stamp of administering centre
1 YELLOW FEVER	23-03 -2014	 Paloma Alves Campello CMS Milton Feres Magarão	FIOCRUZ 167NF0382	02/04/2014 LIFE	
2					

Este certificado é válido apenas se a vacina ou profilaxia utilizada foi aprovada pela Organização Mundial da Saúde. Este certificado deve ser assinado de próprio punho por um clínico que supervisione a administração da vacina ou o tratamento profilático, que deverá ser um médico ou outro agente de saúde autorizado. Este certificado deve ter também o selo oficial do centro administrador; no entanto, o selo oficial não substitui a assinatura. Qualquer emenda ou rasura neste certificado ou falta de qualquer informação poderão torná-lo inválido. A validade deste certificado pode ser estendida até a data indicada para a vacinação ou profilaxia em questão. O certificado deve ser preenchido em inglês ou em francês. O certificado pode também ser preenchido em outra língua no mesmo documento, além do inglês ou francês.

This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization. This certificate must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for a signature. Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it may render it invalid. The validity of this certificate shall be extended until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis. The certificate shall be fully completed in English or in French. The certificate may also be completed in another language on the same document, in addition to either English or French.

Este certificado é emitido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). This certificate is issued free of charge by the Brazilian Unified Health System (SUS).



Superintendência de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenação do Programa de Imunizações

ESTRATÉGIA SAÚDE FAMÍLIA
AV. AMARO CAVALCANTE Nº 1287
ENGENHO DE DENTRO

CERTIFICADO DE VACINAÇÃO CONTRA FEBRE AMARELA

Unidade: _____

Nome: gabio Lemes macedo

Data de Nascimento: 08 / 07 / 70 Sexo: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Endereço: _____

Data de aplicação: 23 / 03 / 17 Lote: 167 VFC0382

Laboratório: Pioneer Validade do Lote: 07 / 18

[Assinatura]
Assinatura do vacinador

DADOS PESSOAIS

Nome: Fabio Dames Maciel

Data de Nascimento: 08/07/70

Endereço: Rua Fernando

Simone, bloco 1ª entrada A - 303

CEP.: 20755-120

Referência: Bloco 1ª - ENT. A 303

Telefone: 3273-6307

EMERGÊNCIA/ACIDENTE

Grupo Sanguíneo: O Fator RH: +

Sofro: ☐ Coração ☐ Hipertensão ☐ _____

☐ Diabetes ☐ Hemofilia ☐ _____

☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

Sou alérgico a: Não

Em caso de **URGÊNCIA** contatar:

Tel.: _____

dT

Dose 1^o

Data 27/12/07

Lab. Prod. J. Butantan

Lote 0507091

Nilzo
Rubrica

dT

Dose 2^o

Data 05/08/08

Lab. Prod. Butantan

Lote 0803000

Henolde
Rubrica

dT

Dose 3^o

Data 30/10/08

Lab. Prod. Butantan

Lote 0806046

Lucilene
Rubrica

☒ Dupla viral

☐ Tríplice viral

Data 08/09/08

Lab. Prod.



☐ Dupla viral

☒ Tríplice viral

Data 29/08/19

Lab. Prod.

Lote 180VV1A0248

Man
Rubrica

FEBRE

AMARELA

Data ____/____/____

Lab. Prod.

Lote _____

Rubrica

INFLUENZA

(GRIPE)

Data ____/____/____

Lab. Prod.

Lote _____

Rubrica

FEBRE

AMARELA

Data ____/____/____

Lab. Prod.

Lote _____

Rubrica

INFLUENZA

(GRIPE)

Data 22/05/20

Lab. Prod.

Lote 200094

o Fdep
de
Rubrica

dT

Dose

Data

Lab. Prod.

Lote

Rubrica

dT

Dose

Data

Lab. Prod.

Lote

Rubrica

dT

Dose

Data

Lab. Prod.

Lote

Rubrica

Hep. B
10-

Data

Lab. Prod.

Lote

Rubrica

Hep. B
25

Data

Lab. Prod.

Lote

Rubrica

Hep. B
35

Data

Lab. Prod.

Lote

Rubrica

27/12/07
LG Life

05/07/07
Erx

30/10/08
Brouleng

WVX06005

Ge 462.0

0807083

Heroldo

Luillme

Data

Lab. Prod.

Lote

Rubrica

Data

Lab. Prod.

Lote

Rubrica

Data

Lab. Prod.

Lote

Rubrica

VACINAÇÃO

Cristina

PFIZER

1^o D () 2^o D

L: EY0574

DATA *17/6* /2021

Lote _____

Rubrica _____

Dose _____

Data ____/____/____

Lab. Prod. _____

Lote _____

Rubrica _____

Dose _____

Data ____/____/____

Lab. Prod. _____

Lote _____

Rubrica _____

2^o dose

Pfizer

Data *9/9/2021*

Lab. Prod. _____

Lote _____

Rubrica _____

Data ____/____/____

Lab. Prod. _____

Lote _____

Rubrica _____

Data ____/____/____

Lab. Prod. _____

Lote _____

Rubrica _____

Data ____/____/____

Lab. Prod. _____

Lote _____

Rubrica _____

Data ____/____/____

Lab. Prod. _____

Lote _____

Rubrica _____

Data ____/____/____

Lab. Prod. _____

Lote _____

Rubrica _____