

| Hepatite B |
|----------------|
| ____/____/____ |
| L.: _____ |
| Cod.: _____ |
| ____/____/____ |
| L.: _____ |
| Cod.: _____ |

| C. Influeza |
|----------------|
| ____/____/____ |
| L.: _____ |
| V.: _____ |
| Cod.: _____ |
| ____/____/____ |
| L.: _____ |
| Cod.: _____ |

| COVID 19 |
|-------------------|
| 1ª DOSE- |
| CORONAVAC |
| <u>30/08/2021</u> |
| L:210394 |
| V:31/07/2022 |
| <u>coronavel</u> |
| Cod.: <u>29</u> |
| <u>13/10/21</u> |
| L: <u>210414</u> |
| <u>CSU</u> |
| Cod.: _____ |

| |
|----------------|
| ____/____/____ |
| L.: _____ |
| Cod.: _____ |
| ____/____/____ |
| L.: _____ |
| Cod.: _____ |

| Febre amarela |
|----------------|
| ____/____/____ |
| L.: _____ |
| Cod.: _____ |
| ____/____/____ |
| L.: _____ |
| Cod.: _____ |

IA INFÂNCIA

DATA (última aplicação)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
CADERNETA DE VACINAÇÃO

NOME:

THIAGO A SANTOS

C.P.F.:

R.G.:

ORGÃO EXP.:

FONE: ()

NASC.: 05/10/01

MANTENHA ESTA CADERNETA EM SEU PODER
JUNTOS COM SEUS DOCUMENTOS.
VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL