



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO – SP

Secretaria Municipal de Saúde



Ficha de **REGULARIZAÇÃO** de Situação Vacinal de Criança(s)/Adolescente(s):

1. **Unidade de Saúde** _____

2. **Especificação:**

() Regularizou a(s) vacina(s)

() Regularizou a(s) vacina(s) parcialmente (dose dupla).

Retorno em: ____/____/____

3. **Identificação da família:**

a) Responsável Legal:

.....RG/CPF.....

b) Endereço:

.....

c) Telefone:.....

d) **Criança(s) /Adolescente(s):** (irmãos preencher na mesma ficha)

.....D/N.....

.....D/N.....

.....D/N.....

4. **Observações Gerais:**

.....

.....

.....

.....
(Assinatura do Responsável pelo USF / Data)

*Preenchimento em 02 vias: 1ª Prontuário paciente / 2ª via: entregue ao responsável