



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA  
COORDENADORIA DE IMUNIZAÇÃO

**DECLARAÇÃO DE DOSES APLICADAS DE IMUNOBIOLOGICOS  
ESPECIAL DO CRIE (Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais)**

Eu \_\_\_\_\_

Portador do RG nº \_\_\_\_\_ declaro ter

recebido a vacina \_\_\_\_\_

Lote \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ na unidade

de Saúde \_\_\_\_\_

no município de \_\_\_\_\_

GRS ITABIRA do Estado de Minas Gerais.

Local de Aplicação:

Braço Direito	
Braço Esquerdo	
Glúteo Direito	
Glúteo Esquerdo	
Oral	
Vasto Lateral Direito	
Vasto Lateral Esquerdo	

Dose de Esquema:

1ª	
2ª	
3ª	
4ª	
1º ref	
2º ref	
anual	

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável pela unidade de Saúde**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura paciente ou Responsável**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Local e data