



MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE CRICIÚMA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Unidade de Saúde: _____

DECLARAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO VACINAL

Declaramos para os devidos fins que, de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação vigente,

_____, DN: ___/___/_____,

CNS: _____, Nome da Mãe: _____,

possui até a presente data, todas as vacinas do Calendário Nacional de Vacinação recomendadas pelo Programa Nacional de Vacinação (PNI) do Ministério da Saúde.

Próxima vacina está aprezada para o dia: ___/___/_____.

Criciúma, ___ de _____ de 202__.

Assinatura e carimbo do profissional declarante