



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

Eu _____ idade _____
portador do RG nº _____ declaro ter
recebido a _____ dose da vacina _____
lote nº _____ validade ____/____/____ na
Unidade de Saúde _____
Município de _____
GRS _____ do Estado de Minas Gerais.

Responsável pelo preenchimento: _____.

Local de Aplicação:

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

Assinatura do responsável

_____, ____ de _____ de 20__

Local e Data