



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA
COORDENADORIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E IMUNIZAÇÃO

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

Eu _____

portador do RG nº _____ declaro

que meu filho, o menor _____

idade _____ recebeu a _____ dose da vacina _____

lote nº _____ validade ____/____/____

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

_____, _____ de _____ de 20____

Local e Data