



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PROFº ALEXANDRE VRANJAC  
Divisão de Imunização



REGISTRO DE DOSES APLICADAS NA VACINAÇÃO CONTRA A MPOX

Município: \_\_\_\_\_

Nome da Unidade: \_\_\_\_\_

Cód. Unidade: \_\_\_\_\_

Folha Nº \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cód. Município: \_\_\_\_\_

|   |                |  |  |                             |                      |  |                        |                           |
|---|----------------|--|--|-----------------------------|----------------------|--|------------------------|---------------------------|
| 1 | Nome Completo: | Raça:  | Data de Nascimento:  | Sexo:<br>F ( ) M ( ) IG ( ) | UF de<br>nascimento: | Nacionalidade:   | Telefone:              |                           |
|   | CPF ou CNS:    | Endereço Completo:   |  |                             |                      | Lote:  | Dose:<br>D1 ( ) D2 ( ) | Data de Vacinação:<br>/ / |
|   | Vacinador:     | Condição materna:<br>Nenhuma ( ) Gestante ( ) Puérpera ( ) | Categoria:<br>( ) Comorbidade (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                             |                      | Grupo Atendimento:<br>( ) Imunocomprometido (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                        |                           |
|   | Nome da mãe:   | Nome do pai:   |  |                             |                      | Email:   |                        |                           |

|   |                |  |  |                             |                      |  |                        |                           |
|---|----------------|--|--|-----------------------------|----------------------|--|------------------------|---------------------------|
| 2 | Nome Completo: | Raça:  | Data de Nascimento:  | Sexo:<br>F ( ) M ( ) IG ( ) | UF de<br>nascimento: | Nacionalidade:   | Telefone:              |                           |
|   | CPF ou CNS:    | Endereço Completo:   |  |                             |                      | Lote:  | Dose:<br>D1 ( ) D2 ( ) | Data de Vacinação:<br>/ / |
|   | Vacinador:     | Condição materna:<br>Nenhuma ( ) Gestante ( ) Puérpera ( ) | Categoria:<br>( ) Comorbidade (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                             |                      | Grupo Atendimento:<br>( ) Imunocomprometido (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                        |                           |
|   | Nome da mãe:   | Nome do pai:   |  |                             |                      | Email:   |                        |                           |

|   |                |  |  |                             |                      |  |                        |                           |
|---|----------------|--|--|-----------------------------|----------------------|--|------------------------|---------------------------|
| 3 | Nome Completo: | Raça:  | Data de Nascimento:  | Sexo:<br>F ( ) M ( ) IG ( ) | UF de<br>nascimento: | Nacionalidade:   | Telefone:              |                           |
|   | CPF ou CNS:    | Endereço Completo:   |  |                             |                      | Lote:  | Dose:<br>D1 ( ) D2 ( ) | Data de Vacinação:<br>/ / |
|   | Vacinador:     | Condição materna:<br>Nenhuma ( ) Gestante ( ) Puérpera ( ) | Categoria:<br>( ) Comorbidade (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                             |                      | Grupo Atendimento:<br>( ) Imunocomprometido (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                        |                           |
|   | Nome da mãe:   | Nome do pai:   |  |                             |                      | Email:   |                        |                           |

|   |                |  |  |                             |                      |  |                        |                           |
|---|----------------|--|--|-----------------------------|----------------------|--|------------------------|---------------------------|
| 4 | Nome Completo: | Raça:  | Data de Nascimento:  | Sexo:<br>F ( ) M ( ) IG ( ) | UF de<br>nascimento: | Nacionalidade:   | Telefone:              |                           |
|   | CPF ou CNS:    | Endereço Completo:   |  |                             |                      | Lote:  | Dose:<br>D1 ( ) D2 ( ) | Data de Vacinação:<br>/ / |
|   | Vacinador:     | Condição materna:<br>Nenhuma ( ) Gestante ( ) Puérpera ( ) | Categoria:<br>( ) Comorbidade (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                             |                      | Grupo Atendimento:<br>( ) Imunocomprometido (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                        |                           |
|   | Nome da mãe:   | Nome do pai:   |  |                             |                      | Email:   |                        |                           |

|   |                |  |  |                             |                      |  |                        |                           |
|---|----------------|--|--|-----------------------------|----------------------|--|------------------------|---------------------------|
| 5 | Nome Completo: | Raça:  | Data de Nascimento:  | Sexo:<br>F ( ) M ( ) IG ( ) | UF de<br>nascimento: | Nacionalidade:   | Telefone:              |                           |
|   | CPF ou CNS:    | Endereço Completo:   |  |                             |                      | Lote:  | Dose:<br>D1 ( ) D2 ( ) | Data de Vacinação:<br>/ / |
|   | Vacinador:     | Condição materna:<br>Nenhuma ( ) Gestante ( ) Puérpera ( ) | Categoria:<br>( ) Comorbidade (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                             |                      | Grupo Atendimento:<br>( ) Imunocomprometido (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                        |                           |
|   | Nome da mãe:   | Nome do pai:   |  |                             |                      | Email:   |                        |                           |

|   |                |   |  |                             |  |                        |                           |  |
|---|----------------|---|--|-----------------------------|--|------------------------|---------------------------|--|
| 6 | Nome Completo: | Raça:   | Data de Nascimento:  | Sexo:<br>F ( ) M ( ) IG ( ) | UF de<br>nascimento:   | Nacionalidade:         | Telefone:                 |  |
|   | CPF ou CNS:    | Endereço Completo:  |  |                             | Lote:  | Dose:<br>D1 ( ) D2 ( ) | Data de Vacinação:<br>/ / |  |
|   | Vacinador:     | Condição maternal:<br>Nenhuma ( ) Gestante ( ) Puérpera ( ) | Categoria:<br>( ) Comorbidade (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                             | Grupo Atendimento:<br>( ) Imunocomprometido (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                        |                           |  |
|   | Nome da mãe:   | Nome do pai:  |  |                             |  | Email:                 |                           |  |

|   |                |   |  |                             |  |                        |                           |  |
|---|----------------|---|--|-----------------------------|--|------------------------|---------------------------|--|
| 7 | Nome Completo: | Raça:   | Data de Nascimento:  | Sexo:<br>F ( ) M ( ) IG ( ) | UF de<br>nascimento:   | Nacionalidade:         | Telefone:                 |  |
|   | CPF ou CNS:    | Endereço Completo:  |  |                             | Lote:  | Dose:<br>D1 ( ) D2 ( ) | Data de Vacinação:<br>/ / |  |
|   | Vacinador:     | Condição maternal:<br>Nenhuma ( ) Gestante ( ) Puérpera ( ) | Categoria:<br>( ) Comorbidade (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                             | Grupo Atendimento:<br>( ) Imunocomprometido (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                        |                           |  |
|   | Nome da mãe:   | Nome do pai:  |  |                             |  | Email:                 |                           |  |

|   |                |   |  |                             |  |                        |                           |  |
|---|----------------|---|--|-----------------------------|--|------------------------|---------------------------|--|
| 8 | Nome Completo: | Raça:   | Data de Nascimento:  | Sexo:<br>F ( ) M ( ) IG ( ) | UF de<br>nascimento:   | Nacionalidade:         | Telefone:                 |  |
|   | CPF ou CNS:    | Endereço Completo:  |  |                             | Lote:  | Dose:<br>D1 ( ) D2 ( ) | Data de Vacinação:<br>/ / |  |
|   | Vacinador:     | Condição maternal:<br>Nenhuma ( ) Gestante ( ) Puérpera ( ) | Categoria:<br>( ) Comorbidade (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                             | Grupo Atendimento:<br>( ) Imunocomprometido (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                        |                           |  |
|   | Nome da mãe:   | Nome do pai:  |  |                             |  | Email:                 |                           |  |

|   |                |   |  |                             |  |                        |                           |  |
|---|----------------|---|--|-----------------------------|--|------------------------|---------------------------|--|
| 9 | Nome Completo: | Raça:   | Data de Nascimento:  | Sexo:<br>F ( ) M ( ) IG ( ) | UF de<br>nascimento:   | Nacionalidade:         | Telefone:                 |  |
|   | CPF ou CNS:    | Endereço Completo:  |  |                             | Lote:  | Dose:<br>D1 ( ) D2 ( ) | Data de Vacinação:<br>/ / |  |
|   | Vacinador:     | Condição maternal:<br>Nenhuma ( ) Gestante ( ) Puérpera ( ) | Categoria:<br>( ) Comorbidade (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                             | Grupo Atendimento:<br>( ) Imunocomprometido (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                        |                           |  |
|   | Nome da mãe:   | Nome do pai:  |  |                             |  | Email:                 |                           |  |

|    |                |   |  |                             |  |                        |                           |  |
|----|----------------|---|--|-----------------------------|--|------------------------|---------------------------|--|
| 10 | Nome Completo: | Raça:   | Data de Nascimento:  | Sexo:<br>F ( ) M ( ) IG ( ) | UF de<br>nascimento:   | Nacionalidade:         | Telefone:                 |  |
|    | CPF ou CNS:    | Endereço Completo:  |  |                             | Lote:  | Dose:<br>D1 ( ) D2 ( ) | Data de Vacinação:<br>/ / |  |
|    | Vacinador:     | Condição maternal:<br>Nenhuma ( ) Gestante ( ) Puérpera ( ) | Categoria:<br>( ) Comorbidade (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                             | Grupo Atendimento:<br>( ) Imunocomprometido (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                        |                           |  |
|    | Nome da mãe:   | Nome do pai:  |  |                             |  | Email:                 |                           |  |

|    |                |   |  |                             |  |                        |                           |  |
|----|----------------|---|--|-----------------------------|--|------------------------|---------------------------|--|
| 11 | Nome Completo: | Raça:   | Data de Nascimento:  | Sexo:<br>F ( ) M ( ) IG ( ) | UF de<br>nascimento:   | Nacionalidade:         | Telefone:                 |  |
|    | CPF ou CNS:    | Endereço Completo:  |  |                             | Lote:  | Dose:<br>D1 ( ) D2 ( ) | Data de Vacinação:<br>/ / |  |
|    | Vacinador:     | Condição maternal:<br>Nenhuma ( ) Gestante ( ) Puérpera ( ) | Categoria:<br>( ) Comorbidade (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                             | Grupo Atendimento:<br>( ) Imunocomprometido (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                        |                           |  |
|    | Nome da mãe:   | Nome do pai:  |  |                             |  | Email:                 |                           |  |

|    |                |   |  |                             |  |                        |                           |  |
|----|----------------|---|--|-----------------------------|--|------------------------|---------------------------|--|
| 12 | Nome Completo: | Raça:   | Data de Nascimento:  | Sexo:<br>F ( ) M ( ) IG ( ) | UF de<br>nascimento:   | Nacionalidade:         | Telefone:                 |  |
|    | CPF ou CNS:    | Endereço Completo:  |  |                             | Lote:  | Dose:<br>D1 ( ) D2 ( ) | Data de Vacinação:<br>/ / |  |
|    | Vacinador:     | Condição maternal:<br>Nenhuma ( ) Gestante ( ) Puérpera ( ) | Categoria:<br>( ) Comorbidade (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                             | Grupo Atendimento:<br>( ) Imunocomprometido (Pré - Exposição) ( ) Faixa Etária (Pós - Exposição) |                        |                           |  |
|    | Nome da mãe:   | Nome do pai:  |  |                             |  | Email:                 |                           |  |