



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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