



PREFEITURA DE
JUNDIAÍ

UBS _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNDIAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

NOME COMPLETO	
DATA DE NASCIMENTO	

COMPROVANTE DE VACINAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) paciente acima mencionado(a), encontra-se, **até a presente data**, com seu esquema vacinal atualizado de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação vigente.

Tendo seu próximo agendamento para: ____/____/____

Jundiá, ____/____/____

DATA	CARIMBO E ASSINATURA
------	----------------------



PREFEITURA DE
JUNDIAÍ

UBS _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNDIAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

NOME COMPLETO	
DATA DE NASCIMENTO	

COMPROVANTE DE VACINAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) paciente acima mencionado(a), encontra-se, **até a presente data**, com seu esquema vacinal atualizado de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação vigente.

Tendo seu próximo agendamento para: ____/____/____

Jundiá, ____/____/____

DATA	CARIMBO E ASSINATURA
------	----------------------