



FICHA DE CADASTRO MANUAL

SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

#VacinaJá

CNS _____ CPF _____

Nome Paciente _____

Nome da Mãe _____

Nome Social _____

Data de Nascimento / / Sexo _____

Raça _____

Telefone _____ Gestante Puérpera

País Residência _____ UF Residência _____ Município Residência _____

Zona

<input type="checkbox"/>	URBANA
<input type="checkbox"/>	RURAL

 Logradouro _____ Número _____

Bairro _____ Complemento _____

E-mail _____

Grupo de Atendimento	
<input type="checkbox"/>	Trabalhador Da Saúde
<input type="checkbox"/>	Quilombolas Indígenas
<input type="checkbox"/>	60 a 64 Anos
<input type="checkbox"/>	65 a 74 Anos
<input type="checkbox"/>	75 Anos e Mais

Estratégia _____
Data de Aplicação / /
Via de Administração _____
Dose _____
Lote _____

Imunobiológico _____
Data do Aprazamento / /
Local de Administração _____
Vacinador _____

VACIVIDA