

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

Eu, \_\_\_\_\_ portador do RG nº \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ declaro que sou responsável por,  
\_\_\_\_\_ que recebeu na Unidade de  
Saúde \_\_\_\_\_ do Município de \_\_\_\_\_  
GRS \_\_\_\_\_ no Estado de Minas Gerais, as seguintes vacinas:

Vacina	Lote	Validade	Laboratório	Dose	Local de aplicação

\* Todos os campos devem ser preenchidos obrigatoriamente.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Vacinador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável pela sala de vacinas

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Local e Data

