

DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO ATUALIZADA

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo



De Olho na
carteirinha

2025

Nome da escola:

Ano/Turma:

Nome do aluno:

Data de nascimento:

____/____/____

Data da atualização:

Data de retorno
(próxima vacina):

____/____/____

____/____/____

Nome do serviço (público/privado):

CNES:

Assinatura e carimbo do vacinador:



VALENTES



INSPECTOR
VACINA

SUPER
IMUNE



Parabéns,
heróis da
proteção!

ENFERMEIRA
SUS!

UBS Unidade Básica de Saúde



Para mais informações:
prefeitura.sp.gov.br/deolhonacarteirinha



**Conheça a turma
da DVA**



Para acessar aponte a
câmera do seu celular
para o QR Code.



De **Olho** na
carteirinha



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**