DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS

Identificação da Criança

Nome: _____

Data de nascimento: 02 / 09 / 26

Número do Registro Civil de Nascimento (RCN): _____

Filho de: Lidiane Regina Rosa e

_____

Município onde nasceu: Itajaí Estado: SC

Reside com: ( ) Mãe ( ) Pai ( ) Responsável legal ( ) Outro _____

( ) Instituição de acolhimento: _____

Endereço Rua/Av.: Rua João Galvão Fernandes

N.º 83 Complemento: Casa Bairro: Cidade Nova

CEP: 88308482 Município: Itajaí Estado: SC

Localização do domicílio: ( ) Urbano ( ) Rural

Contato: Tel.: ( ) _____ E-mail: _____

Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena. Outra: _____

Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família:

( ) Família cigana ( ) Família quilombola ( ) Família ribeirinha

( ) Família em situação de rua ( ) Família indígena residente em aldeia/reserva

Especifique o povo/etnia:

( ) Outras: _____

N.º da Declaração de Nascido Vivo (DNV): 30988248702

N.º do Cartão do SUS: _____

Estratégia Saúde da Família (ESF): ( ) Não ( ) Sim. Qual? _____

Unidade Básica de Saúde (UBS): _____

Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de referência: _____

Serviço de Saúde: _____

Possui plano de saúde? ( ) Não ( ) Sim. Qual? _____ n.º _____

IMPORTANTE!

Para facilitar o acesso à saúde, à assistência social e à educação de qualidade, é importante que algumas informações estejam registradas. Para iniciar o atendimento nos serviços, **será necessário realizar um cadastro**. Fique atento e verifique se o profissional que atendeu sua filha preencheu as informações indicadas acima.

Anote aqui as mudanças de endereço da família

Rua/Av.: _____ n.º _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: ( ) Urbana ( ) Rural ( ) Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel.: ( ) _____ E-mail: _____

Sua filha é acompanhada por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

Rua/Av.: _____ n.º _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: ( ) Urbana ( ) Rural ( ) Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel.: ( ) _____ E-mail: _____

Sua filha é acompanhada por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

Rua/Av.: _____ n.º _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: ( ) Urbana ( ) Rural ( ) Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel.: ( ) _____ E-mail: _____

Sua filha é acompanhada por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional

NOME: | Data de Nascimento: ___/___/_____

Até 12 meses

BCG		Penta			Rotavírus humano	
		1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose
Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:
Pneumocócia 10V (conjugada)		**VIP**			**Meningocócica C (conjugada)**	
1ª Dose	**2ª Dose**	**1ª Dose**	**2ª Dose**	**3ª Dose**	**1ª Dose**	**2ª Dose**
Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:
Febre amarela	**Tríplice viral**	**Covid-19**				
Dose	**1ª Dose**	**1ª Dose**	**2ª Dose**	**3ª Dose**		
Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:		



Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional

A partir de 12 meses

Pneumocócica 10V (conjugada)	Meningocócica C (conjugada)	DTP		VOP		Tetraviral
Reforço	**Reforço**	**1º Reforço**	**2º Reforço**	**1º Reforço**	**2º Reforço**	**Uma dose**
Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:
Varicela	**Febre amarela**	**Hepatite A**	**HPV**		**Pneumocócica 23V (povos indígenas)**	
Uma dose	**Dose de reforço**	**Uma dose**	**Dose**	**Dose**	**Uma dose**	
Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	

Proteja a criança. Mantenha a vacinação atualizada.

Registro de Outras Vacinas e Campanhas

NOME: | Data de Nascimento: ___/___/_____

Outras estratégias

Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:
Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: Ass.:
Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade:	Data: / / Lote: Lab.Produt: Unidade: