

# 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](http://prefeitura.sp.gov.br/deolhonacarteirinha)



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

**Conheça a turma  
da DVA**



De **Olho** na  
**carteirinha**



**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO**