



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DECLARAÇÃO ATUALIZAÇÃO VACINAL

Declaro para os devidos fins que _____,
nascido (a) em ___/___/___, possui **até a presente data** todas as vacinas do **Calendário Nacional de Vacinação** recomendada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde atualizadas. Próxima vacina aprazada para ___/___/___.

_____, _____ de _____ de 20__.

Nome do vacinador: _____

Unidade de Saúde: _____

Assinatura e carimbo do vacinador

Artigo nº14 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

“§1º - É obrigatória a vacinação das crianças e adolescentes nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias – remunerado no parágrafo único pela lei 13.257/2016”