



MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME
GABINETE DO MINISTRO

OFÍCIO Nº 1934/2025/GM/MDS

A Sua Excelência o Senhor
Deputado **JOSÉ CARLOS VERAS DOS SANTOS**
Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados
Brasília, Distrito Federal
E-mail: ric.primeirasecretaria@camara.leg.br

Assunto: **Requerimento de Informação nº 626, de 2025.**
Referência: *Ofício 1ªSec/RI/E/nº 60, de 2 de abril de 2025.*

Senhor Primeiro-Secretário,

1. Com meus renovados cumprimentos, faço referência ao Ofício 1ªSec/RI/E/nº 60, de 2 de abril de 2025, pelo qual Vossa Excelência apresenta o Requerimento de Informação nº 626, de 2025, de autoria do Exmo. Sr. Deputado Federal [Gustavo Gayer Machado de Araújo \(PL/GO\)](#), em que "Solicita informações ao Sr. Ministro do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, quanto ao seu cartão de vacina e dos secretários executivos e secretários nacionais, vinculados à pasta.",
2. A esse respeito, encaminho os cartões de vacina do Senhor Ministro de Estado, Secretário-Executivo, Secretário-Executivo Adjunto, bem como dos respectivos Secretários(as) deste Ministério.
3. Na expectativa de haver atendido à solicitação de Vossa Excelência, bem como ao autor do Requerimento, permaneço à disposição para prestar eventuais informações complementares sobre o assunto e demais ações implementadas por este Ministério.

Atenciosamente,

JOSÉ WELLINGTON BARROSO DE ARAÚJO DIAS
Ministro de Estado do Desenvolvimento e Assistência Social,
Família e Combate à Fome

Anexos:

- I - Cartão de vacinas - Sr. Ministro de Estado Wellington Dias (16836012);
- II - Cartão de Vacinas - SE - Osmar Júnior (16842782);
- III - Cartão de Vacinas - SEA - Ranniêr Costa (16842781);
- IV - Cartão de Vacina - SNAS - André Quintão Silva (16857497);
- V - Cartão de Vacinas - SAGICAD - Rafael Osorio (16832284);
- VI - Cartão de Vacinas - SENARC - Eliane Aquino (16841549);
- VII - Carta Cartão de Vacinas - SNCF - Laís Abramo (16845463);
- VIII - Cartão de Vacinas - SESAN - Lilian Rahal (16845552);
- IX - Cartão de Vacinação - SISEC - Luiz Carlos Eventon (16852911); e
- X - Cartão de Vacina - SECF - Gismália Luiza P. Trabuço (16852413).



Documento assinado eletronicamente por **José Wellington Barroso de Araújo Dias, Ministro de Estado do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome**, em 30/04/2025, às 14:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 da Presidência da República. .



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.cidadania.gov.br/sei-autenticacao>, informando o código verificador **16863486** e o código CRC **4DE253E4**.



Ministério da Saúde

Carteira Nacional de Vacinação Digital

Nome LAIS WENDEL ABRAMO	Data de nascimento 03/06/	CPF/CNS [REDACTED]
Nome da Mãe ZILAH ALTAIR WENDEL ABRAMO	Nacionalidade BRASILEIRA	Sexo FEMININO

VACINAÇÃO COVID-19								
Vacina/Profilaxia	Data	Dose	Lote	Estratégia	* CNES	Estabelecimento de Saúde	Município	UF
COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	03/01/2022	Reforço	FM3884	-	0011355	UBS 3 ASA NORTE VILA PLANALTO	BRASILIA	DF
COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	23/06/2022	2º Reforço	FN9509	-	0010723	UBS 2 ASA NORTE	BRASILIA	DF

VACINAS SOROS DILUENTES ADMINISTRADOS								
Vacina/Profilaxia	Data	Dose	Lote	Estratégia	* CNES	Estabelecimento de Saúde	Município	UF
Não localizada(s).								

Carteira de Vacinação emitida às 10:13 em 03/02/2023

Esta carteira é expedida gratuitamente pelo Conecte SUS e as informações são provenientes da Rede Nacional de Dados em Saúde – DATASUS/Ministério da Saúde.

Sua autenticidade poderá ser confirmada pelo leitor Valida QRCode do aplicativo Conecte SUS ou na página do Valida Certidão na Internet, no endereço: validacertidao.saude.gov.br, por meio do código:

GTC7.7CCN.04TZ.3MJH

* CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

** Este registro se refere a uma vacina administrada no exterior, registrada a partir da transcrição de documento apresentado pelo cidadão, em um estabelecimento de Saúde no Brasil.

Este documento está alinhado com a Portaria GM/MS nº 1.533, de 18 de agosto de 2016, que redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional.



PASE DIGITAL DE VACUNACIÓN DE CHILE

Chile's Digital Vaccination Pass

Campaña SARS-CoV-2

**SOLO USO
NACIONAL**

Apellidos / Last Name:

WENDEL ABRAMO

Nombres / First and Middle Name:

LAIS

N° de Documento / Document ID:

PA***5**

Fecha de Nacimiento / Date of Birth:

03/06/1954



Escaneando este QR se verifica
el estado del Pase de Movilidad

Esquema: Sinovac

1° dosis

Laboratorio fabricante / Manufacturer:

Sinovac Life Science

Vacuna administrada / Vaccine product:

CoronaVac

Lote o serie / Lot or series:

A2021010020

Fecha de vacunación / Vaccination date:

15 febrero 2021

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Dr. Hernán
Alessandri, Providencia Region
Metropolitana de Santiago**

2° dosis

Laboratorio fabricante / Manufacturer:

Sinovac Life Science

Vacuna administrada / Vaccine product:

CoronaVac

Lote o serie / Lot or series:

E202102007

Fecha de vacunación / Vaccination date:

15 marzo 2021

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Salvador
Bustos, Ñuñoa Region Metropolitana de
Santiago**

Refuerzo:

Refuerzo

Laboratorio fabricante / Manufacturer:

AstraZeneca

Vacuna administrada / Vaccine product:

AZD1222

Lote o serie / Lot or series:

NK0112

Fecha de vacunación / Vaccination date:

27 agosto 2021

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Dr. Hernán
Alessandri, Providencia Region
Metropolitana de Santiago**

Internacionales:

1° dosis

Laboratorio fabricante / Manufacturer:

Pfizer BioNTech

Vacuna administrada / Vaccine product:

(INTER)Comirnaty

Lote o serie / Lot or series:

FM3884

Fecha de vacunación / Vaccination date:

03 enero 2022

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Registros de Vacunas COVID,
Santiago Region Metropolitana de
Santiago**



CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACINAÇÃO OU PROFILAXIA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Certifica-se que [nome] **RAFAEL GUERREIRO OSORIO**
This is to certify that [name]

Sexo Masculino
Sex

Data de Nascimento 26/06/1973
Date of birth

Nacionalidade BRASIL
Nationality

Documento nacional de identificação, se for caso CARTEIRA DE IDENTIDADE - [REDACTED] - SSP / DF
National identification document, if applicable

Caja assinatura segue
Whose signature follows

Foi vacinado ou recebeu profilaxia na data indicada contra: **FEBRE AMARELA** de acordo com Regulamento Sanitário Internacional
Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: **YELLOWFEVER** in accordance with the International Health Regulations

Vacina ou Profilaxia Vaccine or Prophylaxis	Data Date	Assinatura ou título profissional do clínico/agente de saúde supervisor Signature and professional status of supervising clinician/health worker	Fabricante e número do lote da vacina/profilaxia Manufacturer and batch n° of vaccine or prophylaxis	Certificado válido de..... Certificate valid from.....until.....	Selo oficial do centro administrador Official stamp of administering centre
1 YELLOW FEVER	31 - Mar - 2015		fiocruz N° 140vic027z	10 - Apr - 2015 à 28 - Mar - 2025	
2					

Este certificado é válido apenas se a vacina ou profilaxia utilizada foi aprovada pela Organização Mundial da Saúde. Este certificado deve ser assinado de próprio punho por um clínico que supervisiona a administração da vacina ou o tratamento profilático, que deverá ser um médico ou outro agente de saúde autorizado. Este certificado deve ter também o selo oficial do centro administrador; no entanto, o selo oficial não substitui a assinatura. Qualquer emenda ou rasura neste certificado ou falta de qualquer informação poderão torná-lo inválido. A validade deste certificado pode ser estendida até a data indicada para a vacinação ou profilaxia. O certificado deve ser escrito em inglês ou em francês. O certificado pode também ser preenchido em outra língua no mesmo documento, além de inglês ou francês. Este certificado é emitido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis use has been approved by the World Health Organization. This certificate must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for the signature. Any amendment of this certificate, one rasure or failure to complete any part of it, may render it invalid. The validity of this certificate shall extend until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis. The certificate shall be fully completed in English or in French. The Certificate may also be completed in another language on the same document, in addition to either English or French. This certificate is issued free of charge by the Brazilian Unified Health System (SUS).

PA-BRASILIA-DF - 98374

G.D.F. SES - DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

NOME Rafael Guerreiro Osorio
ENDEREÇO _____
CIDADE _____ EST _____ DATA DE NASC 26/06/73

UNIDADE DE SAÚDE _____

TT	dt	TT	dt	TT	dt	TT	dt	TT	dt	reforço
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1ª dose										reforço
2ª dose										reforço
3ª dose										

VACINAS E SOROS

1ª dose: 2010 VA-VIC

2ª dose: 2ª DOSE

3ª dose: 2ª DOSE

REFORÇO/PFIZER
DATA: 22/12/21
LOTE: FF5108
US/LN: 60ml

2ª DOSE
CORONAVAC
DATA: 29/10/21
LOTE: 210281
CAMPANHA/Camila

SES/DF
SARS-CoV-2
X^{DT} Olot. Olot
Lote: 202323
Lab.: DTT
Ass.: 30/10/21

Janssen
Dose 20ml
Data: 22/11/2022
Lote: 213121A
UBS011N

MOD 49.38 C. COMP 736 FORMATO 105X130 mm 01/00 G. CENTRAL/FHDF

Varicela		Dengue		Dengue		Dengue	
Data	Ass.	Data	Ass.	Data	Ass.	Data	Ass.
Dose	Ass.	Dose	Ass.	Dose	Ass.	Dose	Ass.
Produtor	Ass.	Produtor	Ass.	Produtor	Ass.	Produtor	Ass.
Lote	Ass.	Lote	Ass.	Lote	Ass.	Lote	Ass.
Unidade	Ass.	Unidade	Ass.	Unidade	Ass.	Unidade	Ass.

Handwritten entries in the Dengue columns:

- Dengue 1: Data 30.01.21, Dose 1.2, Produtor TKB, Lote 546287, Unidade 1100, Ass. Jomane
- Dengue 2: Data 02/05/24, Dose 2.2, Produtor TKB, Lote 546498, Unidade 1100, Ass. Jomane

Certificado Nacional de Vacinação Covid-19

Nome

RAFAEL GUERREIRO OSORIO

Nome da Mãe

THAIS MARIA OSORIO

CPF ou CNS



Data de Nascimento

26/06/1973

Sexo

Masculino

Nacionalidade

Brasileiro

Doses administradas

Data	Vacina*	Fabricante	Dose
29/11/2022	COVID-19 JANSSEN - AD26.COVS.5	JANSSEN	2º Reforço
29/07/2021	COVID-19 SINOVA/BUTANTAN - CORONAVAC	SINOVA/BUTANTAN	2/2
30/06/2021	COVID-19 SINOVA/BUTANTAN - CORONAVAC	SINOVA/BUTANTAN	1/2

* O nome da vacina é apresentado a partir da informação do Nome da Profilaxia, Fabricante/Detentor da Licença - Nome comercial do produto.

Certificado emitido às 17:57 em 22/04/2025

Este certificado é expedido gratuitamente pelo Conecte SUS e as informações são provenientes da Rede Nacional de Dados em Saúde - DATASUS/Ministério da Saúde.

Sua autenticidade poderá ser confirmada pelo leitor Valida QRCode do aplicativo Conecte SUS ou na página do Valida Certidão na Internet, no endereço:
validacertidao.saude.gov.br, por meio do código:

YKHQ.92NX.YCG5.0056

Obs.: Este certificado é válido em todo território nacional. O seu uso não é obrigatório e não pode ser utilizado para fins discriminatórios.



G.D.F. SES - DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

NOME José Wellington B. de Araujo Dias

ENDEREÇO _____

CIDADE _____ EST _____ DATA DE NASC _____ / _____ / _____

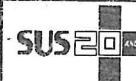
UNIDADE DE SAÚDE _____

TT ☐ dT ☐	TT ☐ dT ☐	TT ☐ dT ☐	TT ☐ dT ☐	TT ☐ dT ☐
1ª dose	2ª dose	3ª dose	reforço	reforço

VACINAS E SOROS

27/09/23		Polio(Sun)	men/1000	
		Acwy		
07-05-24	07-05-24			
Lot: V3KH53V	Lot: 232V18L003NA			
HRAP-DE	HRAP-DE			
Simone	Simone			
Assinatura	Assinatura			

VACINAS APLICADAS NA INFÂNCIA		
	DATA (ÚLTIMA APLICAÇÃO)	TIPO DE DOSE (1ª, 2ª, 3ª ou Reforço)
BCG - id		
PÓLIO		
DTP		
HEPATITE B		
HEMÓFILO		
SARAMPO/CAXUMBA/ RUBÉOLA		
FEBRE AMARELA		X
OUTRAS		

 FMS Fundação Municipal de Saúde		PREFEITURA DE TERESINA
CADERNETA DE VACINAÇÃO		
NOME: <i>Jose Wellington B.</i>		
R.G.:	DATA DE NASCIMENTO: <i>05.03.62</i>	
ENDEREÇO:		
UNIDADE DE SAÚDE:		
MANTENHA ESTA CADERNETA EM SEU PODER, VACINE-SE NÃO VACILE! VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.		

[illegible]



Ministério da Saúde

Carteira Nacional de Vacinação Digital

Nome JOSE WELLINGTON BARROSO DE ARAUJO DIAS	Data de nascimento 05/03/1962	CPF/CNS [REDACTED]
Nome da Mãe TERESINHA DE ARAUJO DIAS	Nacionalidade BRASILEIRO	Sexo MASCULINO

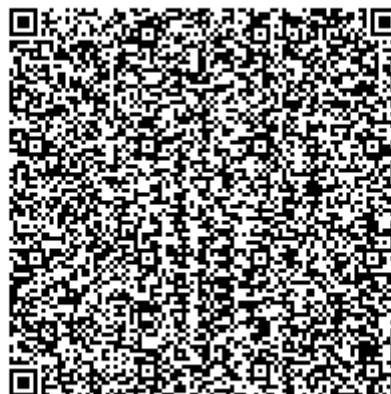
VACINAÇÃO COVID-19								
Vacina/Profilaxia	Data	Dose	Lote	Estratégia	* CNES	Estabelecimento de Saúde	Município	UF
COVID-19 PFIZER - COMIRNATY BIVALENTE	27/09/2023	Reforço	2F3020A	-	0011118	UBS 01 GUARA	BRASILIA	DF
COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	23/04/2022	2º Reforço	FP8073	-	2443996	UNIDADE BASICA DE SAUDE REGINALDO M CASTRO RENASCENCA	TERESINA	PI
COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	28/12/2021	Reforço	FM3884	-	5347351	UNIDADE BASICA DE SAUDE MARIA DULCE CUNHA SAO JOAO	TERESINA	PI
COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	02/08/2021	2/2	FA9096	-	3285391	HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI	TERESINA	PI
COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	11/05/2021	1/2	EX2405	-	3285391	HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI	TERESINA	PI

VACINAS SOROS DILUENTES ADMINISTRADOS								
Vacina/Profilaxia	Data	Dose	Lote	Estratégia	* CNES	Estabelecimento de Saúde	Município	UF
Não localizada(s).								

Carteira de Vacinação emitida às 13:42 em 17/02/2025

Esta carteira é expedida gratuitamente pelo Conecte SUS e as informações são provenientes da Rede Nacional de Dados em Saúde – DATASUS/Ministério da Saúde.

Sua autenticidade poderá ser confirmada pelo leitor Valida QRCode do aplicativo Conecte SUS ou na página do Valida Certidão na Internet, no endereço: validacertidao.saude.gov.br, por meio do código:

4V4E.7USF.F4WE.Z3WW

* CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

** Este registro se refere a uma vacina administrada no exterior, registrada a partir da transcrição de documento apresentado pelo cidadão, em um estabelecimento de Saúde no Brasil.

Este documento está alinhado com a Portaria GM/MS nº 1.533, de 18 de agosto de 2016, que redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional.



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACINAÇÃO OU PROFILAXIA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Certifica-se que JOSE WELLINGTON BARROSO DE ARAUJO DIAS
This is to certify that [name]

Sexo Masculino	Data de nascimento 05/03/1962	Nacionalidade Brasil
Sex	Date of birth	Nationality

Documento nacional de identificação, se for o caso
National identification document, if applicable
CPF - [REDACTED]

Cuja assinatura segue
Whose signature follows

Foi vacinado ou recebeu profilaxia na data indicada contra: FEBRE AMARELA de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional
Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: YELLOW FEVER in accordance with the International Health Regulations

Vacina ou profilaxia Vaccine or Prophylaxis	Data Date	Assinatura e título profissional do clínico/agente de saúde supervisor Signature and professional status of supervising clinician/health worker	Fabricante e nº do lote da vacina/profilaxia Manufacture and batch nº of vaccine or prophylaxis	Certificado válido de.....à..... Certificate valid from.....to.....	Selo oficial do centro administrador Official stamp of administering centre
YELLOW FEVER	09-JUL-2019	Cristiano Gregis- Coordenador COVIG/GGPAF/Anvisa	FIOCRUZ - FIOCRUZ-18E0877	19-JUL-2019 to LIFE	

Este certificado é válido apenas se a vacina ou profilaxia utilizada foi aprovada pela Organização Mundial da Saúde. Os certificados devem ser assinados por um clínico que supervisione a administração da vacina ou o tratamento profilático, que deverá ser um médico ou outro agente de saúde autorizado. Os certificados devem ter também o selo oficial do centro administrador; no entanto, o selo oficial não substitui a assinatura. Qualquer emenda ou rasura neste certificado ou falta de qualquer informação poderão torná-lo inválido. A validade deste certificado pode ser estendida até a data indicada para a vacinação ou profilaxia. O certificado deve ser escrito em inglês ou em francês. O certificado pode também ser preenchido em outra língua no mesmo documento, além do inglês ou francês.

This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization. This certificate must be signed by the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for a signature. Any amendment to this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it may render it invalid. The validity of this certificate shall be extended until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis. The certificate shall be fully completed in English or in French. The certificate may also be completed in another language on the same document, in addition to either English or French.

Este certificado é emitido gratuitamente e deverá ser assinado pelo viajante em conformidade com o documento nacional de identificação.

This certificate is issued free of charge and must be signed by the traveler according to the National identification document.

Para conferir a autenticidade, escaneie o QR Code.

To verify its authenticity, scan the QR Code.





República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACINAÇÃO OU PROFILAXIA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Certifica-se que JOSE WELLINGTON BARROSO DE ARAUJO DIAS
This is to certify that [name]

Sexo Masculino
Sex

Data de nascimento 05/03/1962
Date of birth

Nacionalidade Brasil
Nationality

Documento nacional de identificação, se for o caso
National identification document, if applicable
CPF - [REDACTED]

Cuja assinatura segue
Whose signature follows

Foi vacinado ou recebeu profilaxia na data indicada contra: POLIOMIELITE de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional
Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: POLIOMYELITIS in accordance with the International Health Regulations

Vacina ou profilaxia Vaccine or Prophylaxis	Data Date	Assinatura e título profissional do clínico/agente de saúde supervisor Signature and professional status of supervising clinician/health worker	Fabricante e nº do lote da vacina/profilaxia Manufacture and batch nº of vaccine or prophylaxis	Certificado válido de.....à..... Certificate valid from.....to.....	Selo oficial do centro administrador Official stamp of administering centre
POLIOMYELITIS	07-MAY-2024	Cristiano Gregis	Fiocruz - V3K451V	17-MAY-2024 to 07-MAY-2025	

Este certificado é válido apenas se a vacina ou profilaxia utilizada foi aprovada pela Organização Mundial da Saúde. Os certificados devem ser assinados por um clínico que supervisione a administração da vacina ou o tratamento profilático, que deverá ser um médico ou outro agente de saúde autorizado. Os certificados devem ter também o selo oficial do centro administrador; no entanto, o selo oficial não substitui a assinatura. Qualquer emenda ou rasura neste certificado ou falta de qualquer informação poderão torná-lo inválido. A validade deste certificado pode ser estendida até a data indicada para a vacinação ou profilaxia. O certificado deve ser escrito em inglês ou em francês. O certificado pode também ser preenchido em outra língua no mesmo documento, além do inglês ou francês.

This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization. This certificate must be signed by the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for a signature. Any amendment to this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it may render it invalid. The validity of this certificate shall be extended until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis. The certificate shall be fully completed in English or in French. The certificate may also be completed in another language on the same document, in addition to either English or French.

Este certificado é emitido gratuitamente e deverá ser assinado pelo viajante em conformidade com o documento nacional de identificação.

This certificate is issued free of charge and must be signed by the traveler according to the National identification document.

Para conferir a autenticidade, escaneie o QR Code.

To verify its authenticity, scan the QR Code.





República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACINAÇÃO OU PROFILAXIA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Certifica-se que JOSE WELLINGTON BARROSO DE ARAUJO DIAS
This is to certify that [name]

Sexo Masculino	Data de nascimento 05/03/1962	Nacionalidade Brasil
Sex	Date of birth	Nationality

Documento nacional de identificação, se for o caso
National identification document, if applicable
CPF [REDACTED]

Cuja assinatura segue
Whose signature follows

Foi vacinado ou recebeu profilaxia na data indicada contra: MENINGITE MENINGOCÓCICA de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional
Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: MENINGOCOCCAL MENINGITIS in accordance with the International Health Regulations

Vacina ou profilaxia Vaccine or Prophylaxis	Data Date	Assinatura e título profissional do clínico/agente de saúde supervisor Signature and professional status of supervising clinician/health worker	Fabricante e nº do lote da vacina/profilaxia Manufacture and batch nº of vaccine or prophylaxis	Certificado válido de.....à..... Certificate valid from.....to.....	Selo oficial do centro administrador Official stamp of administering centre
MENINGOCOCCAL MENINGITIS	07-MAY-2024	Cristiano Gregis	Fiocruz - 232VML009NA	17-MAY-2024 to 07- MAY-2029	

Este certificado é válido apenas se a vacina ou profilaxia utilizada foi aprovada pela Organização Mundial da Saúde. Os certificados devem ser assinados por um clínico que supervisione a administração da vacina ou o tratamento profilático, que deverá ser um médico ou outro agente de saúde autorizado. Os certificados devem ter também o selo oficial do centro administrador; no entanto, o selo oficial não substitui a assinatura. Qualquer emenda ou rasura neste certificado ou falta de qualquer informação poderão torná-lo inválido. A validade deste certificado pode ser estendida até a data indicada para a vacinação ou profilaxia. O certificado deve ser escrito em inglês ou em francês. O certificado pode também ser preenchido em outra língua no mesmo documento, além do inglês ou francês.

This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization. This certificate must be signed by the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for a signature. Any amendment to this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it may render it invalid. The validity of this certificate shall be extended until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis. The certificate shall be fully completed in English or in French. The certificate may also be completed in another language on the same document, in addition to either English or French.

Este certificado é emitido gratuitamente e deverá ser assinado pelo viajante em conformidade com o documento nacional de identificação.

This certificate is issued free of charge and must be signed by the traveler according to the National identification document.

Para conferir a autenticidade, escaneie o QR Code.

To verify its authenticity, scan the QR Code.





Ministério da Saúde

1/1

Certificado Nacional de Vacinação Covid-19

Nome

ELIANE AQUINO CUSTODIO

Nome da Mãe

RAIMUNDA SILVA CUSTODIO

CPF ou CNS



Data de Nascimento

16/02/1971

Sexo

Feminino

Nacionalidade

Brasileira

Doses administradas

Data	Vacina*	Fabricante	Dose
05/08/2023	COVID-19 PFIZER - COMIRNATY BIVALENTE	PFIZER	Reforço
16/11/2022	COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	PFIZER	2º Reforço
11/01/2022	COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	PFIZER	Reforço
04/09/2021	COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	PFIZER	2/2
16/06/2021	COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	PFIZER	1/2

* O nome da vacina é apresentado a partir da informação do Nome da Profilaxia, Fabricante/Detentor da Licença - Nome comercial do produto.

Certificado emitido às 17:28 em 23/04/2025

Este certificado é expedido gratuitamente pelo Conecte SUS e as informações são provenientes da Rede Nacional de Dados em Saúde - DATASUS/Ministério da Saúde.

Sua autenticidade poderá ser confirmada pelo leitor Valida QRCode do aplicativo Conecte SUS ou na página do Valida Certidão na Internet, no endereço: validacertidao.saude.gov.br, por meio do código:

II9W.5IRC.48QF.IYYH



Obs.: Este certificado é válido em todo território nacional. O seu uso não é obrigatório e não pode ser utilizado para fins discriminatórios.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Covid 19 National Vaccination Certificate

Name

RANNIER COSTA CIRIACO

Mother's Name

MARIA HELENA FURTADO DA COSTA

ID



Date of birth

01.Aug.1983

Gender

Masculino

Nationality

Brasileiro

Doses administered

Date	Vaccine*	Manufacturer	Dose
28.Jun.2022	COVID-19 ASTRAZENECA/FIOCRUZ - COVISHIELD	ASTRAZENECA/FIOCRUZ	2° Reforço
28.Dec.2021	COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	PFIZER	Reforço
30.Jul.2021	COVID-19 ASTRAZENECA/FIOCRUZ - COVISHIELD	ASTRAZENECA/FIOCRUZ	2/2
29.Apr.2021	COVID-19 ASTRAZENECA/FIOCRUZ - COVISHIELD	ASTRAZENECA/FIOCRUZ	1/2

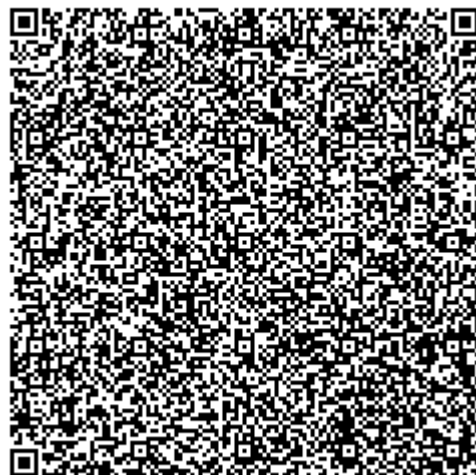
* The name of the vaccine is presented from the information of the Prophylaxis Name, Manufacturer/License Holder - Trade name of the product.

Date of the issue : 03.Jul.2022, at 06:41 PM

This certificate is issued free of charge by Conecte SUS and the information was provided by the National Health Data Network - DATASUS/Ministry of Health.

Its authenticity can be confirmed through the Conecte SUS application QR Code reader or on the Valida Certidao page on the Internet, at validacertidao.saude.gov.br, entering the code:

Z5L5.E05B.B4PH.GLKU



Remarks: This certificate is valid throughout Brazil. It is not mandatory to hold one. It cannot be used for discriminatory purposes.



Ministério da Saúde

1/1

Certificado Nacional de Vacinação Covid-19

Nome

**OSMAR RIBEIRO DE ALMEIDA
JUNIOR**

Data de Nascimento

08/10/1959

Nome da Mãe

REGINA MARIA DE CARVALHO ALMEIDA

Sexo

Masculino

CPF ou CNS

[REDACTED]

Nacionalidade

Brasileiro

Doses administradas

Data	Vacina*	Fabricante	Dose
17/11/2022	COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	PFIZER	2ª Dose Revacinação
03/02/2022	COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	PFIZER	Reforço
27/07/2021	COVID-19 ASTRAZENECA/FIOCRUZ - COVISHIELD	ASTRAZENECA/FIOCRUZ	2/2
04/05/2021	COVID-19 ASTRAZENECA/FIOCRUZ - COVISHIELD	ASTRAZENECA/FIOCRUZ	1/2

* O nome da vacina é apresentado a partir da informação do Nome da Profilaxia, Fabricante/Detentor da Licença – Nome comercial do produto.

Certificado emitido às 15:33 em 24/04/2025

Este certificado é expedido gratuitamente pelo Conecte SUS e as informações são provenientes da Rede Nacional de Dados em Saúde – DATASUS/Ministério da Saúde.

Sua autenticidade poderá ser confirmada pelo leitor Valida QRCode do aplicativo Conecte SUS ou na página do Valida Certidão na Internet, no endereço:
validacertidao.saude.gov.br, por meio do código:

XHS5.TQLP.M4KE.IQB3



Obs.: Este certificado é válido em todo território nacional. O seu uso não é obrigatório e não pode ser utilizado para fins discriminatórios.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Ministério da Saúde

1/1

Certificado Nacional de Vacinação Covid-19

Nome

LILIAN DOS SANTOS RAHAL

Nome da Mãe

MARIA STELA VIEIRA DOS SANTOS RAHAL

CPF ou CNS

[REDACTED]

Data de Nascimento

16/04/1971

Sexo

Feminino

Nacionalidade

Brasileira

Doses administradas

Data	Vacina*	Fabricante	Dose
06/05/2023	COVID-19 PFIZER - COMIRNATY BIVALENTE	PFIZER	Reforço
03/06/2022	COVID-19 ASTRAZENECA/FIOCRUZ - COVISHIELD	ASTRAZENECA/FIOCRUZ	2º Reforço
04/01/2022	COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	PFIZER	Reforço
06/09/2021	COVID-19 ASTRAZENECA/FIOCRUZ - COVISHIELD	ASTRAZENECA/FIOCRUZ	2/2
18/06/2021	COVID-19 ASTRAZENECA/FIOCRUZ - COVISHIELD	ASTRAZENECA/FIOCRUZ	1/2

* O nome da vacina é apresentado a partir da informação do Nome da Profilaxia, Fabricante/Detentor da Licença – Nome comercial do produto.

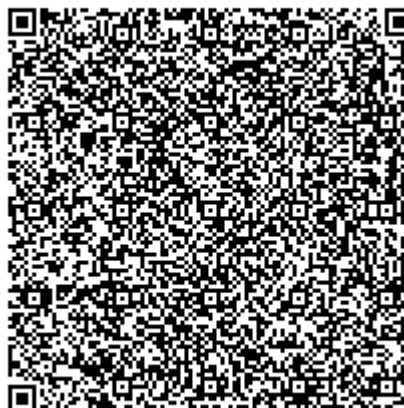
Certificado emitido às 12:30 em 25/04/2025

Este certificado é expedido gratuitamente pelo Conecte SUS e as informações são provenientes da Rede Nacional de Dados em Saúde – DATASUS/Ministério da Saúde.

Sua autenticidade poderá ser confirmada pelo leitor Valida QRCode do aplicativo Conecte SUS ou na página do Valida Certidão na Internet, no endereço:

validacertidao.saude.gov.br, por meio do código:

XLKU.48SE.NG56.50R9



Obs.: Este certificado é válido em todo território nacional. O seu uso não é obrigatório e não pode ser utilizado para fins discriminatórios.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Ministério da Saúde

Carteira Nacional de Vacinação Digital

Nome GISMALIA LUIZA PASSOS TRABUCO	Data de nascimento 28/08/1979	CPF/CNS [REDACTED]
Nome da Mãe MARIA AMELIA PASSOS CARNEIRO	Nacionalidade BRASILEIRA	Sexo FEMININO

VACINAÇÃO COVID-19								
Vacina/Profilaxia	Data	Dose	Lote	Estratégia	* CNES	Estabelecimento de Saúde	Município	UF
COVID-19 PFIZER - COMIRNATY BIVALENTE	09/08/2023	Reforço	2F3020A	-	0010707	UBS 1 ASA NORTE	BRASILIA	DF
COVID-19 ASTRAZENECA /FIOCRUZ - COVISHIELD	18/08/2022	2º Reforço	21PVCD390 W	-	2280795	SMS CMS JOAO BARROS BARRETO AP 21	RIO DE JANEIRO	RJ
COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	14/03/2022	Reforço	FN9606	-	2280299	SMS POLICLINICA ANTONIO RIBEIRO NETTO AP 10	RIO DE JANEIRO	RJ
COVID-19 ASTRAZENECA /FIOCRUZ - COVISHIELD	01/10/2021	2/2	219VCD270 W	-	2280299	SMS POLICLINICA ANTONIO RIBEIRO NETTO AP 10	RIO DE JANEIRO	RJ
COVID-19 ASTRAZENECA /FIOCRUZ - COVISHIELD	07/07/2021	1/2	215VCD157Z	-	2280299	SMS POLICLINICA ANTONIO RIBEIRO NETTO AP 10	RIO DE JANEIRO	RJ

VACINAS SOROS DILUENTES ADMINISTRADOS								
Vacina/Profilaxia	Data	Dose	Lote	Estratégia	* CNES	Estabelecimento de Saúde	Município	UF
Não localizada(s).								

Carteira de Vacinação emitida às 09:49 em 24/04/2025

Esta carteira é expedida gratuitamente pelo Conecte SUS e as informações são provenientes da Rede Nacional de Dados em Saúde - DATASUS/Ministério da Saúde.

Sua autenticidade poderá ser confirmada pelo leitor Valida QRCode do aplicativo Conecte SUS ou na página do Valida Certidão na Internet, no endereço: validacertidao.saude.gov.br, por meio do código:

GVQS.MRW9.AWTP.PDNH

* CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

** Este registro se refere a uma vacina administrada no exterior, registrada a partir da transcrição de documento apresentado pelo cidadão, em um estabelecimento de Saúde no Brasil.

Este documento está alinhado com a Portaria GM/MS nº 1.533, de 18 de agosto de 2016, que redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional.



Ministério da Saúde

Carteira Nacional de Vacinação Digital

Nome LUIZ CARLOS EVERTON DE FARIAS	Data de nascimento 31/03/1957	CPF/CNS [REDACTED]
Nome da Mãe MARIA DE CASTRO EVERTON DE FARIAS	Nacionalidade BRASILEIRO	Sexo MASCULINO

VACINAÇÃO COVID-19								
Vacina/Profilaxia	Data	Dose	Lote	Estratégia	* CNES	Estabelecimento de Saúde	Município	UF
COVID-19 PFIZER - COMIRNATY BIVALENTE	17/04/2023	Reforço	GJ5106	-	0010723	UBS 2 ASA NORTE	BRASILIA	DF
COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	04/06/2022	2º Reforço	FN2724	-	5347351	UNIDADE BASICA DE SAUDE MARIA DULCE CUNHA SAO JOAO	TERESINA	PI
COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	21/01/2022	Reforço	FG3535	-	0010723	UBS 2 ASA NORTE	BRASILIA	DF
COVID-19 ASTRAZENEC A /FIOCRUZ - COVISHIELD	21/07/2021	2/2	215VCD145 W	-	5347351	UNIDADE BASICA DE SAUDE MARIA DULCE CUNHA SAO JOAO	TERESINA	PI
COVID-19 ASTRAZENEC A /FIOCRUZ - COVISHIELD	28/04/2021	1/2	213VCD008 VA	-	6003591	UNIDADE BASICA DE SAUDE AMERICO DE MELO C BRANCO STA ISABEL	TERESINA	PI

VACINAS SOROS DILUENTES ADMINISTRADOS								
Vacina/Profilaxia	Data	Dose	Lote	Estratégia	* CNES	Estabelecimento de Saúde	Município	UF
Não localizada(s).								

Carteira de Vacinação emitida às 14:34 em 28/04/2025

Esta carteira é expedida gratuitamente pelo Conecte SUS e as informações são provenientes da Rede Nacional de Dados em Saúde - DATASUS/Ministério da Saúde.

Sua autenticidade poderá ser confirmada pelo leitor Valida QRCode do aplicativo Conecte SUS ou na página do Valida Certidão na Internet, no endereço: validacertidao.saude.gov.br, por meio do código:

Q2UQ.6NJ5.R3ZP.X102

* CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

** Este registro se refere a uma vacina administrada no exterior, registrada a partir da transcrição de documento apresentado pelo cidadão, em um estabelecimento de Saúde no Brasil.

Este documento está alinhado com a Portaria GM/MS nº 1.533, de 18 de agosto de 2016, que redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional.

OUTRAS VACINAS

1ª Dose

COMIRNATY
PFIZER BELGIUM
Lote: EX2405
Val.: 31/08/2021
Data: 27/05/21
Ass.: Patrícia

2ª Dose

Campanha COVID19
Comirnaty/Pfizer
PFIZER BIONTECH
Lote: FD7221
Val.: 30/11/2021
Data: 09/08/21
Local/Ass.: 22 milha

OUTRAS VACINAS

3ª Dose

PFIZER-BIONTECH
DATA: 27/12/2021
LOTE: FF2592
Val.: 31/12/2021
Ass.: Lioben

2ª Dose

Reforço

ASTRAZENECA
Lote: 21PVCDB357W
Val.: 30/07/2022
Data: 22/06/22
Ass.: PBI



Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Superintendência de Epidemiologia
Coordenação de Imunização

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

NOME:	Andre Quintao Silva
DN:	TIPO SANGUINEO:
END:	
MUNICÍPIO:	Belo Horizonte
UF: M.G.	TELEFONE: GRS:

DUPLA ADULTO (CONTRA TÉTANO E DIFTERIA)

1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Reforço
____/____/____	____/____/____	____/____/____	21/03/24
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: 23316046C
Val: ____/____/____	Val: ____/____/____	Val: ____/____/____	Val: UBS2 AN.
Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: moelucia

2034