

SUS Sistema
Único
de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE: Logoa da Conceição

NOME: Lephia Garcia Leite Wayne MATRÍCULA: _____

ENDEREÇO: _____

Declaração

Declaro que o paciente a cima, realizou
a vacina contra COVID-19 no dia 26/08/21,
necessitando de no mínimo 14 dias de
intervalo para realização de outras vacinas.
Podendo realizar a partir do dia 10/09/21.

Leticia N. Marques

Téc. Enfermagem

COREN/SC 001.401.268

Data: 08 / 09 / 21

Assinatura e Carimbo

"FUMAR FAZ MAL A SAÚDE"

SUS-07

RECEITUÁRIO