



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
FLORIANÓPOLIS
CS RIO TAVARES
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Emitido por (10619) DEBORA JOSEANE MULLER em 22/08/2026 16:44 | CELK SAÚDE v3.1.336.1 - CELK SISTEMAS LTDA

22/08/2026 - 16:44

CERTIFICADO DE VACINAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o cartão de vacina de:

Nome: RAVI GONÇALVES DA SILVA

Data de nascimento: 25/04/2024 Idade: 2

Nome da mãe: MARILU JOZIANE GONCALVES

- (x) Vacinas em dia; com o cartão de vacinação atualizado conforme a idade.
() Vacinas em atraso; o responsável foi orientado a completar o esquema vacinal.
() Esquema vacinal incompleto; responsável recusa a vacinação.
() Esquema vacinal incompleto por desabastecimento da(s) vacina(s) no município.

Assinatura do responsável

Haidee Andreia
Técnica de Enfermagem
Coren-SC 44966

DEBORA JOSEANE MULLER

Data: 22/08/2026



128517571