



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GVE XXVI - SÃO JOÃO DA BOA VISTA  
FOLHA DE EXPEDIÇÃO E RECEBIMENTO DE VACINAS, SOROS E AFINS

**município:**

Saída do município	DATA: ____/____/____	HORÁRIO:	
--------------------	----------------------	----------	--

Saída do GVE	DATA: ____/____/____	HORÁRIO:	
--------------	----------------------	----------	--

NÚMERO / CAIXA	TEMPERATURA			NÚMERO DE BOLSAS/ OBSERVAÇÕES
	momento	máxima	minima	
RESPONSÁVEL PELA EXPEDIÇÃO:		ASSINATURA:		

Chegada no município	DATA: ____/____/____	HORÁRIO:	
----------------------	----------------------	----------	--

NÚMERO / CAIXA	TEMPERATURA			NÚMERO DE BOLSAS / OBSERVAÇÕES
	momento	máxima	minima	
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:		ASSINATURA:		
OBS., INTERCORRÊNCIAS E SUGESTÕES:				

APÓS RECEBIMENTO REMETER ESTA POR FAX - 19-3634.2877 OU 3634.2866