



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Saúde

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que _____
participou da **Reunião do Comitê Estadual de Banco de Leite Humano - CEBLH** realizado
no dia **05 de Junho** de 2018, no horário de 14h00min as 17h00min na Sala de Reuniões da
COPAS/ SESA.

Silvana Leite Napoleão Araújo

*Supervisora do Núcleo de Saúde da Mulher, Adolescente e Criança - NUSMAC
Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde – COPAS
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará*