**FORMULÁRIO DE PETIÇÃO / REQUERIMENTO / COMUNICAÇÃO**

**DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO SANITÁRIA / VACINA EXTRAMURO**

|  |
| --- |
| **TIPO DE PETIÇÃO** |
| ( **x** )CONCESSÃO/INSCRIÇÃO ( )CANCELAMENTO/BAIXA ( )ALTERAÇÃO ( )AUTENTICAÇÃO ( )COMUNICAÇÃO |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSUNTO** | |
| ( ) ALVARÁ / REVALIDAÇÃO DE SANITÁRIO  ( ) DO CADASTRO DE ESTABELECIMENTO  ( ) RESPONSABILIDADE TÉCNICA | ( ) PARECER TÉCNICO / LIVRO  ( ) INÍCIO/DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE ANTES DECLARADA NÃO EXERCIDA  ( **x** ) OUTROS: **Termo de Autorização sanitária Vacinação Extramuro Esporádica** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **01 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA / PESSOA** | | | | | | | | | | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL/PESSOA: | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME FANTASIA: | | | | | | | | | | | | | | |
| CNPJ: | | | | INSC. ESTADUAL: | | | | | | INSC. MUNICIPAL: | | | | |
| END: | | | | | | | | | | | | | | |
| BAIRRO: | | | | | | | | | | | MUNICÍPIO: | | | |
| CEP: | | | | UF: | | | TELEFONE: ( ) | | | | | | | |
| FAX: | | | | E-MAIL: | | | | | | | | | | |
| **02 – ALVARÁ SANITÁRIO (da empresa sede)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| n. | Validade: | | | | Cidade da emissão do alvará: | | | | | | | | | | |
| **03 – TIPO DE ATIVIDADE:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| VACINAÇÃO EXTRAMURO ESPORADICA | | | | | | | | | | | | | | | |
| **04 – LISTA DA EQUIPE (que atuarão na vacinação extramuro)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome | | | | | | Formação/ Função | | | | | | | n. do registro: | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |  | | |
| **05 – VEÍCULO PARA TRANSPORTE DAS VACINAS** | | | | | | | | | | | | | | |
| PLACA: | | RENAVAM: | | | | | | | MODELO: | | | | | |
| RESPONSÁVEL PELA CONDUÇÃO: | | | | | | | | | | | | | | |
| **06 – CAIXA TRANSPORTADORA DA VACINA** | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo e característica | | | Temperatura média | | | | | Equip. de aferição | | | | Tipo vacina | | Público Alvo |
|  | | |  | | | | |  | | | |  | |  |
| **07 – LOCAL e DATA DA REALIZAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL/PESSOA: | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME FANTASIA: | | | | | | | | | | | | | | |
| CNPJ: | | | | | | | | | | | | | | |
| END: | | | | | | | | | | | | | | |
| Fone/e-mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data ou período:** | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **08 – RESPONSÁVEL TÉCNICOT** | | | |
| NOME: | | CPF: | |
| N. REGISTRO / CONSELHO: | DATA DE NASCIMENTO: | | |
| ASSINATURA: | | | DATA: |

Lista de documentos anexados:

I - Cópia de Alvará Sanitário vigente da Sala de Vacinas;

II - Cópia da Certidão de Responsabilidade Técnica emitida pelo conselho de classe competente vigente;

III. Cópia do Termo de Credenciamento da Sala de Vacinas emitido pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica;

IV - Relação com nome do imunobiológico a ser aplicado, endereço completo do local onde irá realizar a atividade de vacinação, bem como o cronograma com as datas definidas e público alvo a ser vacinado (Formulário de Petição – deverá ser preenchido um para cada endereço);

V - Cópia do Programa de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, onde conste o manejo e destinação final dos resíduos provenientes da atividade extramuros.

VI- Comprovante de capacitação dos profissionais que realizarão o serviço de vacinação.

VII- Taxa anual emitida após cadastro ( 56- UFM = R$ 238,26 / por veículo).