**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).