**REQUERIMENTO**

**Requiro ao Coordenador da Vigilância Sanitária Termo de Autorização Sanitária para Vacinação:**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RAZAO SOCIAL / NOME | | | |
| CNPJ / CPF | NOME FANTASIA | | |
| LOGRADOURO | | | Nº |
| BAIRRO / COMPLEMENTO | | TELEFONE | |

**INFORMAÇÕES DA VACINAÇÃO**

|  |
| --- |
| LOCAL DA VACINAÇÃO |
| DATA DA REALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO |
| HORÁRIO DA VACINAÇÃO |

**CÓPIAS DOS DOCUMENTOS A SEREM ENTREGUES PARA PROTOCOLO JUNTO À VISA:**

* Cópia atualizada do Cartão do CNPJ;
* Boleto Bancário da Taxa – vistoria a pedido do interessado de Natureza Complexa 55,48 UFIRM – com o comprovante de pagamento;
* Cópia atualizada do Alvará Sanitário da cidade de origem da empresa;
* Cópia atualizada do Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica junto ao Conselho Regional do responsável técnico – onde consta a responsabilidade técnica da empresa;
* Cópias atualizadas das credencias dos enfermeiros e técnicos de enfermagem junto ao Conselho de Classe (COREN);
* Cópia atualizada do Termo de Credenciamento da sala de vacina da empresa junto à epidemiologia estadual;
* Relação dos profissionais de saúde que realizarão a vacinação extramuro;
* Documento escrito e assinado especificando o modo de realização da vacinação – veículo adaptado para tal fim ou sala;
* Cópia do contrato com a empresa que coletará os resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS.

**REPRESENTANTE LEGAL**

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura**