

ANEXO IV: DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AOS PRÉ-REQUISITOS PARA VACINAÇÃO EM DOMICÍLIO

*** Preenchimento Obrigatório**

Atenção: nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Razão Social: *

CNPJ: *

Declaro o cumprimento, de acordo com as normas sanitárias vigentes, dos itens elencados abaixo:

Possuir registro de capacitação de todos os profissionais envolvidos nos processos de vacinação, no mínimo, nos temas relacionados no art. 9º da RDC 197/2017: *

☐ SIM

☐ NÃO

Possuir Procedimento Operacional Padrão (POP) para atividade de vacinação extramuros, de acordo com as legislações vigentes e manuais oficiais: *

☐ SIM

☐ NÃO

Possuir plano de contingência para suporte ao usuário em caso de evento adverso pós vacinação (EAPV): *

☐ SIM

☐ NÃO

Realizar o transporte da vacina em caixas térmicas ou suporte tecnológico superior de maneira a garantir que as vacinas e demais produtos estejam armazenados conforme as especificações estabelecidas pelo detentor do registro de cada produto: *

☐ SIM

☐ NÃO

Acondicionar as caixas térmicas ou suporte tecnológico superior de forma que evitem o deslocamento dos mesmos no interior do veículo durante o transporte: *

☐ SIM

☐ NÃO

Realizar anotação da temperatura da caixa térmica a cada hora: *

☐ SIM

☐ NÃO

Registrar nominalmente todos os usuários vacinados no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações: *

☐ SIM

☐ NÃO

Declaro dispor dos seguintes insumos, em condições adequadas de uso e quantidades suficiente

Bobinas de gelo reciclável ou outro elemento frio para abastecer as caixas térmicas de poliuretano: *

☐ SIM

☐ NÃO

Instrumentos para controle de temperatura interna dos equipamentos que armazenam os imunobiológicos devidamente calibrados: *

☐ SIM

☐ NÃO

Registro de temperatura das caixas térmicas: *

- ☐ SIM
☐ NÃO

Registro nominal dos vacinados: *

- ☐ SIM
☐ NÃO

Comprovante de vacinação: *

- ☐ SIM
☐ NÃO

Caixas térmicas de poliuretano ou suporte tecnológico superior para armazenamento dos imunobiológicos, garantindo sua perfeita conservação de acordo com as especificações do fabricante, para as bobinas de gelo reciclável e para os imunobiológicos: *

- ☐ SIM
☐ NÃO

*** Suporte ou material que evite contato direto da embalagem primária das vacinas com as bobinas de gelo reciclável:**

- ☐ SIM
☐ NÃO

Insumos para higienização de mãos e superfícies: *

- ☐ SIM
☐ NÃO

*** Caixa coletora de material perfurocortante, rígida, provida com tampa, resistente à punctura, ruptura e vazamento:**

- ☐ SIM
☐ NÃO

Recipiente para lixo comum: *

- ☐ SIM
☐ NÃO

Recipiente para lixo infectante, de acionamento não manual: *

- ☐ SIM
☐ NÃO

Declaro: *

☐ Ciência que a omissão ou falsa informação constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Assinatura do Responsável Técnico do Estabelecimento (o campo abaixo deve ser selecionado para impressão): *

☐ Assinatura e Carimbo



Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.
[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)