

ANEXO II
REQUERIMENTO PARA VACINAÇÃO EXTRAMUROS

REQUERENTE:

RAZÃO SOCIAL:	
CNPJ:	
ENDEREÇO DO SERVIÇO DE VACINAÇÃO CADASTRADO/ LICENCIADO:	
MUNICÍPIO:	TELEFONE:
NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO DE VACINAÇÃO:	
NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:	
LOCAL DA VACINAÇÃO EXTRAMUROS (ENDEREÇO):	

DATA DA VACINAÇÃO EXTRAMUROS: /

/

TURNO: () MATUTINO ()
VESPERTINO () NOTURNO

O REQUERENTE DECLARA QUE ATENDE OS REQUISITOS A SEGUIR PARA A REALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO EXTRAMUROS:

Que possui procedimentos operacionais padrão bem como condições técnico operacionais para realizar a vacinação extramuros;

Que os funcionários foram capacitados quanto ao cumprimento da legislação sanitária vigente e aplicável, bem como quanto aos procedimentos operacionais padrão;

Que serão disponibilizados equipamentos de proteção individual para todos funcionários e em quantidade suficiente e adequados às atividades desenvolvidas;

Que as condições de transporte e armazenamento atendem o definido pelo fabricante do produto biológico, de forma a garantir a integridade, qualidade e segurança de todos produtos;

Que atende a legislação sanitária vigente e aplicável quanto ao acondicionamento, o transporte e o descarte de resíduos, bem como os procedimentos operacionais padrão já estabelecidos.

NOME DO REQUERENTE (RESPONSÁVEL TÉCNICO OU RESPONSÁVEL LEGAL):

ASSINATURA DO REQUERENTE:

Data do Requerimento: / /