ANEXO I

Termo de autorização sanitária para a atividade de vacinação extramuros

Razão social:	
CNPJ:	
Endereço do serviço de vacinação cadastrado/licenciado:	
Município:	Telefone:
Nome do responsável técnico pelo serviço de vacinação:	Número do conselho de classe:
Local da vacinação extramuros (endereço):	
Data da vacinação: / / Turno: ( ) matutino ( ) vespertino ( ) noturno	
Tipo de atividade: VACINAÇÃO EXTRAMUROS	
ü O ESTABELECIMENTO DE SAÚDE IDENTIFICADO ESTÁ AUTORIZADO A REALIZAR A ATIVIDADE DE VACINAÇÃO EXTRAMUROS, NO LOCAL E DATA ACIMA CITADOS. ü RESSALTA-SE QUE PODERÁ OCORRER INSPEÇÃO SANITÁRIA E MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES PELA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL.	
ü OS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO APLICÁVEIS E OS REGISTROS DE TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS DEVEM ESTAR DISPONÍVEIS À AUTORIDADE SANITÁRIA DURANTE A ATIVIDADE DE VACINAÇÃO EXTRAMUROS (EM MEIO FÍSICO OU ELETRÔNICO).	
ESTE DOCUMENTO É VÁLIDO APENAS PARA O LOCAL, DATA E PERÍODO ESTABELECIDOS ACIMA E DEVERÁ PERMANECER VISÍVEL NO LOCAL DURANTE TODO PERÍODO DE VACINAÇÃO EXTRAMUROS.	
Autoridade Sanitária:	Data: