



## REQUERIMENTO: VACINAÇÃO EXTRAMURO ESPORÁDICA

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Razão social \_\_\_\_\_

CNPJ \_\_\_\_\_ Nome fantasia \_\_\_\_\_

Rua \_\_\_\_\_

Nº predial \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Complemento \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Responsável Técnico \_\_\_\_\_ Conselho \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL ONDE SERÃO REALIZADAS AS VACINAS

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Nº predial \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Data ou período da realização das vacinas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Qual vacina será aplicada \_\_\_\_\_

Publico alvo a ser vacinado \_\_\_\_\_

O estabelecimento se compromete a dar destino adequado dos Resíduos de Serviços de Saúde gerado na campanha, conforme seu PGRSS.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

Assinatura do RT  
e carimbo

### DOCUMENTOS A SEREM ENTREGUES NO PROTOCOLO

- Este formulário, preenchido e assinado pelo Responsável Técnico.
- Cópia do Alvará Sanitário da Sala de Vacina Válido (Quando a empresa for de outro Município ou Unidade Federativa).
- Termo de credenciamento, emitido pela Gerência Regional de Saúde.
- Comprovantes de recolhimento de taxas DAM.
- Termo autodeclaratório para vacinação extramuro.

### APRESENTAR NA FISCALIZAÇÃO

- Ter cópia das notas fiscais de compra das vacinas
- É OBRIGATÓRIO o registro das doses de vacinas que permitem a rastreabilidade
- Para as salas de vacina instaladas fora de Joinville É OBRIGATÓRIO repassar à Imunização desse Município o público-alvo vacinado, conforme planilha em anexo. DE IMEDIATO.