|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTOS DA EMPRESA A SEREM APRESENTADOS PARA PROTOCOLAR O REQUERIMENTO** | |
| * Termo de Credenciamento de Sala de Vacina * Alvará de Localização * Alvará sanitário * Certidão de Responsabilidade Técnica * Certidão de regularidade junto ao CRM-SC * Comprovante de recolha da taxa para Vacinação Extramuro | * Cópia do Registro de Licenciamento do automóvel (quando for Unidade Móvel) * Relação dos funcionários que realizarão a atividade de Vacinação Extramuro * Contrato De Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **01** – Nome (Razão Social): | | | | |
| **02** – Nome de Fantasia: | | | | |
| **03** – CNPJ: | CPF: | | | |
| **04** – Endereço: | | | | Nº |
| Complemento: | | Bairro: | | |
| Fone/Fax: | CEP: | | | |
| E-mail: | | | | |
| **05** – Horário de Funcionamento: | | | | |
| CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA | | | | |
| **06** – Relação dos Funcionários que Realizarão a Atividade de Vacinação Extramuro (Devidamente capacitados em Sala de Vacina) | | | | |
| NOME | | | Nº DO CONSELHO DE CLASSE | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **08** – Responsabilidade Técnica: **(somente para estabelecimentos que necessitam resp. técnico)** | | | | |
| Nome: | | | | |
| Profissão | | Sigla do Conselho: | | |
| UF: | Nº de Inscrição no Conselho: | | | |
| Assinatura do Responsável Técnico com carimbo | | | | |
|  | | | | |
| **09** – Representante Legal: | | | CPF: |
| Assinatura do Representante Legal | | | |

**ESTE REQUERIMENTO É PADRÃO, NÃO DEVE SER MODIFICADO.**

**Não será aceito cópia de qualquer documento em fax.**

Mondai, \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.