



SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO À SAÚDE E VIGILÂNCIAS

REQUERIMENTO DE SERVIÇO DE SAÚDE LICENCIADO PARA VACINAÇÃO EXTRAMUROS

1. Identificação do Estabelecimento		
Razão Social:	CNES:	
Nome Fantasia:	CÓDIGO IBGE:	
CNPJ:		
Licença Sanitária:	Validade: / /	
Endereço:		
Bairro:	Município: São Bernardo do Campo	CEP:
Fone:	Fax:	
E-mail:		
Responsável Técnico pelo Serviço:	CPF:	
Conselho:	Nº Registro:	
Responsável Técnico pelas atividades de vacinação:	CPF:	
Conselho:	Nº Registro:	

2- CONDIÇÕES FÍSICO-FUNCIONAIS

	SIM	NÃO
Possui refrigerador exclusivo para vacina?		
O serviço realiza a qualificação da geladeira?		
O serviço realiza a qualificação da câmara fria?		
O equipamento de refrigeração para estoque e conservação de vacinas é regularizado pela ANVISA?		
O local onde ficam armazenadas as vacinas garante a conservação, eficácia e segurança mesmo diante da falha do fornecimento de energia elétrica?		
O local onde ficam armazenadas as vacinas possui equipamento que garante o funcionamento e manutenção da temperatura em caso de falta de energia elétrica?		
Possui termômetro com registro de temperatura máxima, mínima e momento?		
Possui validação dos termômetros?		
Possui impresso para registro de controle de temperatura?		
Utiliza caixa térmica (poliuretano)?		
As caixas térmicas usadas para o transporte de imunobiológicos mantêm as condições de conservação das vacinas indicadas pelo fabricante?		
Realiza validação das caixas térmicas?		
Na organização das caixas térmicas é realizada a ambientação de gelo reciclável?		
É realizado controle de temperatura durante o transporte?		
Possui prontuário individual, com registro de todas as vacinas aplicadas, de fácil acesso?		
Possui registro de pacientes vacinados?		
Anota e notifica à Secretária Municipal de Saúde as reações adversas ocorridas com pacientes em relação à vacinação no impresso padronizado pelo MS?		
Registra em cartão próprio, a ser entregue para o paciente, as vacinas aplicadas?		
No cartão de vacinação são anotados lote e data de validade da vacina?		
As vacinas utilizadas possuem nota fiscal de procedência?		



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE
SÃO BERNARDO DO CAMPO

5- DESCREVER DETALHADAMENTE COMO SE DARÁ O TRANSPORTE DOS IMUNOBIOLOGICOS:

6- REALIZA TRANSPORTE DE IMUNOBIOLOGICOS POR TERCEIROS () SIM () NÃO. CASO SIM, QUAL EMPRESA?

***ATENÇÃO:** Apresentar cópia da Licença Sanitária atualizada para a atividade de transporte.

7- INFORMAR O PROCESSO DE DESCARTE DE RESÍDUOS:

8- INFORMAR COMO SE DARÁ O REGISTRO DAS VACINAS APLICADAS E COMPROVANTE DE VACINAÇÃO PARA O CLIENTE:



9- INFORMAR QUAL O PROCEDIMENTO DADO AOS IMUNOBOLÓGICOS QUE FORAM SUBMETIDOS À TEMPERATURA NÃO RECOMENDADA:

10- OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAR OPORTUNAS:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE
SÃO BERNARDO DO CAMPO

Após liberação da autorização/licença para vacinação extramuros, o serviço fica ciente de que toda ação/evento de vacinação extramuros deverá ser comunicado a Secretária Municipal de Saúde – Divisão de Vigilância Epidemiológica com 30 dias de antecedência, bem como posteriormente enviar as informações das doses aplicadas, em impresso próprio.

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas.

As informações contidas neste requerimento seguem as normas regulamentadas pelo Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – (ANVISA) e RDC nº197, de 26 de Dezembro de 2017 para os serviços que realizam vacinação.

SÃO BERNARDO DO CAMPO, ____/____/____

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO DO ESTABELECIMENTO/CARIMBO

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO DA VACINAÇÃO/CARIMBO

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA SBC

Deferido ()

Indeferido ()

DATA ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO

Declaro estar ciente da decisão acima da Divisão de Vigilância Epidemiológica de São Bernardo do Campo.

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO DO ESTABELECIMENTO/CARIMBO

DATA ____/____/____

