



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



ANEXO II – RESOLUÇÃO SS 199/2024
REQUERIMENTO PARA AUTORIZAÇÃO DE VACINAÇÃO EXTRAMUROS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Protocolo na Vigilância Sanitária: _____

CNPJ: _____ Razão social: _____

Nome Fantasia: _____

Nº CEVS: _____ Data de validade: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ UF: _____

Responsável Legal: _____ CPF: _____

Responsável Técnico: _____ Conselho Profissional: _____

INFORMAÇÕES DA VACINAÇÃO EXTRAMUROS

Local da vacinação	Endereço	Telefone	E-mail	Data da vacinação	Período da vacinação	Responsável pela vacinação	Vacinas disponibilizadas

ESTE ESTABELECIMENTO ESTÁ SUJEITO À FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA E SEUS RESPONSÁVEIS ASSUMEM CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E OBSERVAR AS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES E/OU SERVIÇOS PRESTADOS, RESPONDENDO CIVIL E CRIMINALMENTE PELO NÃO CUMPRIMENTO DE TAIS EXIGÊNCIAS.

Local: _____ Data: _____

Assinatura do Responsável Legal

Assinatura do Responsável Técnico

A vigilância sanitária informa que cópia desta solicitação de vacinação extramuros foi disponibilizada para a vigilância epidemiológica.

Local: _____ Data do deferimento: _____

Assinatura da Autoridade Sanitária



Este documento pode ser verificado pelo código

2024.08.12.1.1.36.1.220.504412

em <https://www.doe.sp.gov.br/autenticidade>

← VOLTAR

Desde maio de 1891

Ouvidoria

Transparência

SIC

