



REQUERIMENTO SERVIÇOS DE VACINAÇÃO - VAC

TIPO DE SERVIÇO	
<input type="checkbox"/>	Alvará Sanitário
<input type="checkbox"/>	Alvará para Evento
<input type="checkbox"/>	Alvará de Temporada
<input type="checkbox"/>	Habite-se
<input type="checkbox"/>	Baixa de Funcionamento
<input type="checkbox"/>	Antecipação de Alvará
<input type="checkbox"/>	Licença de Transporte
<input type="checkbox"/>	Antecipação de Licença de Transporte
<input type="checkbox"/>	Outros
<input type="checkbox"/>	Baixa de Responsabilidade Técnica
<input type="checkbox"/>	Baixa de Alvará
<input type="checkbox"/>	Baixa de Licença de Transporte

SOLICITANTE	
NOME COMPLETO:	
CONTATO:	
CONTABILIDADE (SE HOUVER):	

NATUREZA DO ALVARÁ	
<input type="checkbox"/>	Estabelecimentos industriais, comerciais e agropecuários
<input type="checkbox"/>	Habitação (Habite-se)
<input type="checkbox"/>	Estabelecimentos de saúde, educação pré-escolas e outros

TIPO	
<input type="checkbox"/>	Pessoa Jurídica
<input type="checkbox"/>	Pessoa Física

CLASSIFICAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Comércio
<input type="checkbox"/>	Agropecuário
<input type="checkbox"/>	Educação
<input type="checkbox"/>	Farmácias com Manipulação de Fórmulas
<input type="checkbox"/>	Fabricante e/ou Importador de Produtos para a Saúde
<input type="checkbox"/>	Saúde (outros cadastros de interesse, não especificados anteriormente)
<input type="checkbox"/>	Indústria de Alimentos
<input type="checkbox"/>	Indústria de Alimentos (Palmito)
<input type="checkbox"/>	Indústria de Alimentos (Amendoim)
<input type="checkbox"/>	Indústria (Outros, não especificados anteriormente)
<input type="checkbox"/>	Assessoria e consultoria técnica na área de engenharia, segurança e medicina do trabalho

PORTE	
<input type="checkbox"/>	Micro
<input type="checkbox"/>	Pequeno
<input type="checkbox"/>	Médio
<input type="checkbox"/>	Grande
<input type="checkbox"/>	MEI
<input type="checkbox"/>	DEMAIS

DADOS DO ESTABELECIMENTO					
CNPJ:		RAZÃO SOCIAL:			
		NOME FANTASIA:			
ENDEREÇO:		N.	COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
CEP:	MUNICÍPIO:	TELEFONE:	E-MAIL:		

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	
CNAE	ATIVIDADE

RESPONSÁVEL LEGAL	
CPF:	NOME COMPLETO:

RESPONSÁVEL TÉCNICO				
CPF:	NOME COMPLETO:			
FORMAÇÃO:	CONSELHO DE CLASSE:	UF:	NÚMERO:	

ITAPEMA/SC, _____ DE _____ DE 20 ____.

Assinatura do Requerente



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS SERVIÇOS DE VACINAÇÃO - VAC

CNAE	ATIVIDADE
8630-5/06	Serviços de vacinação e imunização humana

GRAU DE RISCO	ÁREA	PROCESSO
ALTO	Produtos e Serviços de Saúde	

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	
	Requerimento devidamente preenchido e assinado pelo representante legal
	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ atualizado (emitido nos últimos 30 dias)
	Contrato Social OU Requerimento do Empresário Individual OU Certificado do MEI
	Viabilidade de funcionamento OU Alvará de localização e funcionamento
	Atestado de funcionamento do Corpo de Bombeiros OU Isenção de Atestado OU Protocolo
	Alvará sanitário atualizado dos transportadores e distribuidores
	AFE dos transportadores e distribuidores
	POP dos transportadores e distribuidores
	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES
	Certificado de regularidade da empresa junto ao conselho de classe competente
	Certidão de registro do Responsável Técnico junto ao conselho de classe competente
	Cópia do contrato com a empresa responsável pela coleta de lixo
	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde-PGRSS elaborado no site da DIVS/SC
	Cópia da última MTR (Manifesto do transporte de resíduos)
	Certificado de limpeza e desinfecção do reservatório d'água OU Declaração de que não possui
	Certificado de Controle de pragas - desinsetização/desratização (empresa com registro na VISA Itapema)
	Manual de Procedimentos Operacionais Padronizados - POP contendo efeitos adversos pós vacinação, notificação, armazenamento, controle de temperatura, busca ativa de faltosos, preparo, manuseio, conservação e aplicação das vacinas
	POP de eventos adversos pós vacinação, contendo notificação, armazenamento,
	Laudos de manutenção do ar condicionado
	Câmara refrigerada exclusiva e regularizada pela ANVISA
	Calibração preventiva dos equipamentos
	Declaração de recursos humanos (número de pessoas, nome completo, CPF, número de registro no conselho se houver, categoria profissional e atividade);
	Relação de funcionários que irão realizar a atividade de vacinação. (Retificado pela Instrução Normativa Conjunta nº 003/DIVS/213 DE 09.0.2013)
	Registro de capacitação para sala de vacinação
	Relação com endereço completo do local onde irá realizar a atividade de vacinação, bem como o cronograma com datas definidas
	Comprovante de situação vacinal dos profissionais envolvidos (Hepatite, DT, Triplice viral e Febre Amarela)
	Cópia do termo de credenciamento da sala de vacina emitido pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (emitido pela vigilância sanitária depois de protocolado)
	Termo de autorização emitido pela Vigilância Sanitária e Termo de credenciamento emitido pela Vigilância Epidemiológica caso tenha vacinação extramuro e/ou domiciliar
	Informação do imunobiológico (lote e validade) que será ofertado (obs: apenas um tipo de imunização é permitido)
	Informação do público alvo (relação com nome e idade)
	Comprovante de pagamento da Taxa de Vigilância Sanitária (exceto MEI)

OBSERVAÇÕES:

¹ O Termo de Autorização Sanitária será emitido para cada local onde for realizada a atividade de vacinação, após inspeção prévia pela vigilância sanitária competente, tendo validade somente para o local e data descritos no cronograma fornecido pelo responsável técnico da sala de vacina credenciada.

² Poderão ser exigidos outros documentos durante a inspeção da Autoridade de Vigilância Sanitária.