



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

REQUERIMENTO PARA AUTORIZAÇÃO DE VACINAÇÃO EXTRAMUROS

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

RAZÃO SOCIAL

NOME FANTASIA

CNPJ

Nº CEVS

ENDEREÇO Nº

COMPLEMENTO BAIRRO

MUNICÍPIO UF:

RESPONSÁVEL LEGAL

RESPONSÁVEL TÉCNICO

CONSELHO PROFISSIONAL

Nº INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE PROFISSIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INFORMAÇÃO DA VACINAÇÃO EXTRAMUROS

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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 Técnico

A Divisão de Vigilância Sanitária informa que cópia desta solicitação de vacinação extramuros será disponibilizada para a vigilância epidemiológica.