

**Requerimento de Autorização para Vacinação Extramuro**

Cabreúva, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

À Coordenação da Vigilância Sanitária de Cabreúva – SP, encaminhamos requerimento de Autorização para Vacinação Extramuro, no referido local:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Razão social: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ Nº CEVS: \_\_\_\_\_

Endereço do serviço de vacinação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município/Estado: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

E-mail de contato: \_\_\_\_\_

Nome do Responsável Legal: \_\_\_\_\_

CPF do Responsável Legal: \_\_\_\_\_

Nome do Responsável Técnico: \_\_\_\_\_

CPF do Responsável Técnico: \_\_\_\_\_

Nº Registro/Conselho Profissional: \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Técnico