

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