



TERMO DE ADESÃO

Solicitar:

Nome do Estabelecimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Nº de Trabalhadores expostos ao risco biológico:

Responsável Técnico:

Nº registro do conselho:

Documentos

- Relação com nome e função de cada trabalhador;
- Carteira de vacinação (**original**), atualizada de cada um, com as 3 doses de **HEPATITE B** ou **exame laboratorial: ANTI-HBs**, comprovando a imunidade;
- Vacina do **TÉTANO**;
- Cópia do **PPRA** – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais e **PCMSO** – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional;

Vacinas recomendadas a TODOS os profissionais que trabalham em instituições geradoras de saúde, seja em caráter assistencial ou administrativo:

Vacina contra Hepatite B	Três doses (0,1 e 6 meses)
Vacina contra Tétano/Difteria (dT adulto)	Uma dose a cada dez anos, se imunização básica. Esquema básico: Três doses
Tríplice Viral (sarampo/caxumba/rubéola)	Pelo menos duas doses após 1 ano de idade.
Influenza	Dose única anual.

Para **retirar o termo**, deverá ser o **responsável técnico** ou **responsável pelo estabelecimento**, para assinar e receber as informações.