**FORMULÁRIO ELETRÔNICO DE ADESÃO A PROJETO ESTRATÉGICO**

**Nº MP: [Nº MP]**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO***Conforme descrição na intranet.* |
| **PROJETO: "IMUNIZA+"** |
| **ADESÃO** |
| 1. **Qual a situação atual da sua comarca que justifica a participação ao projeto?**

O Município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ não atingiu as metas vacinais do Programa Nacional de Imunizações (PNI), conforme diagnóstico feito pelo Caosaúde, baseado no boletim epidemiológico das coberturas vacinais emitido pela SESA, em 31/12/2022, resumido na tabela abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| **Vacina** | **Cobertura Vacinal (%) das vacinas em crianças menores de dois anos de idade, janeiro a dezembro de 2022** |
| BCG |  |
| Rotavírus Humano |  |
| Poliomielite(< 1 ano) |  |
| Poliomielite(VOP/VIP)(1ºREF) |  |
| Pneumocóccica(1 ano) |  |
| Pentavalente (< 1 ano) |  |
| Tríplice Viral - D2 |  |
| Menigocócica Conj.C(< 1 ano) |  |
| Varicela |  |
| Hepatite A |  |
| FA(< 1 ano) |  |
| Pneumocóccica(<1 ano) |  |
| Tríplice Viral - D1 |  |
| Menigocócica Conj.C(1 ano) |  |
| Fonte: sipni.datasus.gov.br. Acesso em 16 de janeiro de 2023. Dados preliminares, sujeitos à alteração, referente ao período de janeiro a dezembro de 2022 |

 |
| 1. **Qual o resultado esperado com a sua participação?**

a) Melhoria dos índices de cobertura vacinal infantil no município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para fins de atingir as metas vacinais preconizadas pelo Ministério da Saúde - 90% da BCG e 95% das demais vacinas.**OBSERVAÇÃO: O formulário de adesão leva em consideração também as previsões dos resultados esperados constantes no Termo de Abertura do Projeto.**  |

Requerimento emitido nos termos do Art. 4º, § único do Ato Normativo nº 142/2020.

**REQUERENTE**

**NOME DO MEMBRO:**

**PROMOTORIA DE JUSTIÇA:**

**CONTATO: ( )**

**EMAIL INSTITUCIONAL:**

**Data: [Município do endereço do órgão], [Data da finalização por extenso]**

***Documento assinado digitalmente***