



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Saúde

Subsecretaria de Vigilância em Saúde Superintendência de Vigilância Epidemiológica

Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis

Coordenação Estadual do Programa de Imunizações



MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS MUNICÍPIOS POR MEIO DO VACIMÓVEL

Este formulário tem como objetivo consolidar os dados referentes ao monitoramento das ações realizadas por meio do vacimóvel, mapear a utilização e distribuição dos vacimóveis no Estado, identificar a periodicidade do monitoramento e apresentar um resumo consolidado das principais ações desenvolvidas.

Observação: O formulário deverá ser preenchido após cada dia de ação realizada pelo Vacimóvel.

cassiabianca.vacinas@gmail.com [Switch account](#)



The name and photo associated with your Google account will be recorded when you upload files and submit this form. Only the email you enter is part of your response.

* Indicates required question

Email *

Your email



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Saúde

Subsecretaria de Vigilância em Saúde Superintendência de Vigilância Epidemiológica

Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis

Coordenação Estadual do Programa de Imunizações

Nome da pessoa responsável pelo preenchimento *

Your answer

Município de realização da ação (por favor, atente-se à digitação correta do nome do município, incluindo acentos) *

Your answer

Unidade Regional de Saúde de realização da ação

Choose

Local de realização da ação *

☐ Empresa

☐ Escola

☐ Praça

☐ Shopping

☐ Other:



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Saúde

Subsecretaria de Vigilância em Saúde Superintendência de Vigilância Epidemiológica

Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis

Coordenação Estadual do Programa de Imunizações



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Saúde

Subsecretaria de Vigilância em Saúde Superintendência de Vigilância Epidemiológica

Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis

Coordenação Estadual do Programa de Imunizações

Se respondeu outro à questão 5, descreva o local: *

Your answer

Data de realização da ação *

Date

dd/mm/aaaa 

Número total de doses aplicadas (insira apenas o número) *

Your answer

Número de pessoas atendidas (insira apenas o número) *

Your answer

Insira pelo menos 01 foto da ação

Upload up to 10 supported files: PDF or image. Max 100 MB per file.

 [Add file](#)



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Saúde

Subsecretaria de Vigilância em Saúde Superintendência de Vigilância Epidemiológica

Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis

Coordenação Estadual do Programa de Imunizações