



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E IMUNIZAÇÃO
COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES

ANEXO I: CARTA AOS PAIS

VERIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO VACINAL E VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Senhores Pais, ou responsáveis,

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), vem ampliando ao longo dos anos o Calendário Nacional de Vacinação para a criança e adolescente.

O PNI contribuiu de forma significativa para a melhoria da situação de saúde da população brasileira. As vacinas salvam vidas. Doenças que causavam milhares de vítimas no passado como varíola e poliomielite, foram erradicadas.

Todas as vacinas ofertadas pelo PNI são seguras e eficazes na prevenção das doenças. E também, são gratuitas e estão disponíveis nas Unidades de Atenção Primária à Saúde durante todo o ano.

Atualmente, são oferecidas pelo SUS através do PNI, 15 vacinas para as crianças desde o nascimento aos 09 anos de idade - BCG, Hepatite B, Rotavírus humano, Poliomielite (VIP), Pentavalente, Pneumocócica, Meningocócica, Febre Amarela, Tríplice viral, Varicela, Tríplice Bacteriana, Hepatite A, Covid-19 e Papilomavírus humano (HPV), que protegem para mais de 20 tipos de Doenças.

E para as crianças e os adolescentes de 10 a 17 anos são disponibilizadas 06 vacinas - Hepatite B, Dupla Adulto, Tríplice Viral, Febre Amarela, Papilomavírus humano (HPV), Meningocócica ACWY, que protegem para mais de 09 tipos de Doenças.

Assim, mais uma vez a comunidade escolar vem lembrar aos senhores pais ou responsáveis, quanto a importância desse bem que é individual, mas também é coletivo; uma criança ou adolescente estará mais seguro e imune quanto mais crianças e adolescentes estiverem vacinados.

Todas as crianças e adolescentes que não tiverem contraindicações médicas para receber as vacinas, devem enviar seu cartão vacinal para ser avaliado e atualizado, colocando em dia as vacinas que estiverem faltando ou em atraso. Será avaliado todo o cartão de vacinação do seu (sua) filho (a). Certos



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E IMUNIZAÇÃO
COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES

de podermos contar com a atenção e compromisso dos senhores, estamos abrindo as portas da nossa escola com muita satisfação para receber seus (suas) filhos (as).

**NÃO SE ESQUEÇAM DE ENTREGAR AO SEU (SUA) FILHO (A) O
CARTÃO DE VACINA PARA QUE POSSAM LEVAR NO DIA DA
VACINAÇÃO NA ESCOLA.**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
_____, RG: _____,

() AUTORIZO () NÃO AUTORIZO

Meu filho (a) _____
a receber as vacinas que estiverem em atraso na escola em que estuda.

(Assinatura dos Pais ou Responsável)

O Termo de autorização acima deverá ser assinado pelos Pais ou Responsáveis, destacado e devolvido à escola antes da data da vacinação juntamente com o cartão de vacinação