

## CRIANÇAS ATÉ 9 ANOS

### AO NASCER



- BCG
- HEPATITE B (menores de 30 dias)

### 2 MESES

- ROTAVÍRUS HUMANO (VRH) (1° dose)
- POLIOMIELITE [VIP – INATIVADA] (1° dose)
- DPT + Hib+HB [Penta] (1° dose)
- PNEUMOCÓCICA 10 – VALENTE [PCV 10] (1° dose)



### 3 MESES

- MENINGOCÓCICA C CONJUGADA (1° dose)



### 4 MESES

- ROTAVÍRUS HUMANO (VRH) (2° dose)
- POLIOMIELITE [VIP – INATIVADA] (2° dose)
- DPT + Hib+HB [Penta] (2° dose)
- PNEUMOCÓCICA 10 – VALENTE [PCV 10] (2° dose)



## **5 MESES**



- MENINGOCÓCICA C CONJUGADA (2º dose)

## **6 MESES**



- POLIOMIELITE [VIP – INATIVADA] (3º dose)
- DPT + Hib+HB [Penta] (3º dose)
- COVID 19 (1ª dose)

## **7 MESES**



- COVID 19 (2ª dose)

## **9 MESES**



- FEBRE AMARELA (1º dose)
- COVID 19 (3ª dose)

## **12 MESES**



- MENINGOCÓCICA C CONJUGADA (reforço)
- TRÍPLICE VIRAL - SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA [SCR] (1º dose)
- PNEUMOCÓCICA 10 – VALENTE [PCV 10] (Reforço)



## 15 MESES

- VARICELA (1º dose)
- TRÍPLICE BACTERIANA – DIFTERIA, TÉTANO E PERTUSSIS [DTP] (1º reforço)
- TRÍPLICE VIRAL - SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA [SCR] (2º dose)
- POLIOMIELITE [VOP – ATENUADA] (1º reforço)
- HEPATITE A [HA] (Uma dose)

## 4 ANOS



- VARICELA (2º dose)
- TRÍPLICE BACTERIANA – DIFTERIA, TÉTANO E PERTUSSIS [DTP] (2º reforço)
- FEBRE AMARELA (reforço)
- POLIOMIELITE [VOP – ATENUADA] (2º reforço)



## 9 ANOS

- PAPILOMAVÍRUS HUMANO [HPV] (Uma dose) Meninos e Meninas.

## ADOLECENTES

---

### A PARTIR DE 10 ANOS



- **HEPATITE B (3 DOSES)**
  - Iniciar ou completar o esquema de acordo com a situação vacinal.
- **DUPLA ADULTO [dT] (3 DOSES)**
  - Iniciar ou completar o esquema de acordo com a situação vacinal.
- **TRÍPLICE VIRAL – SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA (SCR)**
  - Iniciar ou completar 2 doses, de acordo com situação vacinal
- **FEBRE AMARELA**
  - Dose única, para pessoas que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação.



○ PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

De 09 a 14 anos (**Uma dose**) [meninos e meninas],



○ MENINGOCÓCICA ACWY

De 11 a 14 anos (**uma dose**).

## AS VACINAS RECOMENDADAS NO CALENDÁRIO VACINAL PROTEGEM CONTRA:

**BCG** – Formas graves de tuberculose

**Hepatite B** – Hepatite B

**Rotavírus humano (HRV)** – Diarreia por Rotavírus

**Poliomielite (VIP – inativada)** – Poliomielite

**Poliomielite (VOP – atenuada)** – Poliomielite

**DTP+HiB+HB (Penta)** – Difteria, Tétano, Coqueluche, *Haemophilus influenzae B* e Hepatite B

**Meningocócica C Conjugada** – Meningite meningocócica sorogrupo C

**Febre Amarela** – Febre Amarela

**Tríplice viral (SCR)** – Sarampo, Caxumba e Rubéola

**Varicela** – Varicela

**Tríplice Bacteriana (DTP)** – Difteria, Tétano e Coqueluche

**Hepatite A (HA)** – Hepatite A

**Papilomavírus humano (HPV)** – Papilomavírus Humano 6, 11 ,16 e 18

**Dupla Adulto (dT)<sup>2</sup>** - Difteria e Tétano

**Pneumocócica 10 – valente (PCV 10)** – Pneumonias, Meningites, Otites, Sinusites pelos sorotipos que compõem a vacina

**Covid 19- Covid 19( formas graves)**