

CALENDÁRIO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO PARA CRIANÇAS MAIORES DE 7 ANOS E ADOLESCENTES*

O calendário vacinal recomendado, garante a proteção contra diversas doenças infecciosas que podem afetar sua qualidade de vida.



IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
	Hepatite B	Inciar ou completar 3 doses, de acordo com situação vacinal	Hepatite B
	Difteria e Tétano (dT)	Inciar ou completar 3 doses, de acordo com situação vacinal. Reforço a cada 10 anos ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves	Difteria e Tétano
	Febre Amarela (FA)**	Dose única caso não tenha recebido nenhuma dose até os 5 anos. Reforçar, caso a pessoa tenha recebido uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade	Febre Amarela
	Tríplice Viral (SCR)	Iniciar ou completar duas doses, de acordo com a situação vacinal prévia	Sarampo, Caxumba e Rubéola
	VIP	Inciar ou completar 3 doses, de acordo com situação vacinal	Poliomielite
09 A 14 ANOS***	HPV	Uma dose	Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18
10 a 14 ANOS	Dengue	Duas doses	Dengue pelos sorotipos 1, 2, 3 e 4
11 a 14 ANOS	Meningocócica ACWY	Uma dose	Doença meningocócica

*Adolescência - período entre 10 a 19 anos de idade (OMS, SBP). Caso a pessoa apresente documentação com esquema de vacinação com esquema de vacinação incompleto, é suficiente completar o esquema iniciado.

** Casos de vacinação anterior com dose fracionada deverão receber a dose padrão, conforme orientações vigentes.

*** Ampliação temporária até 19 anos.