

# 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
	<a href="#">Hepatite B</a>	Inciar ou completar 3 doses, de acordo com situação vacinal	Hepatite B
	<a href="#">Difteria e Tétano (dT)</a>	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
	<a href="#">Febre Amarela (FA)</a>	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
	<a href="#">Tríplice Viral (SCR)</a>	Iniciar ou completar duas doses, de acordo com a situação vacinal prévia	Sarampo, Caxumba e Rubéola
	<a href="#">VIP</a>	Inciar ou completar 3 doses, de acordo com situação vacinal	Poliomielite
09 A 14 ANOS**	<a href="#">HPV</a>	Uma dose	Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18
11 a 14 ANOS	<a href="#">Meningocócica ACWY</a>	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.

\*\* Ampliação temporária até 19 anos.