

# CALENDÁRIO VACINAL 2016

**Superintendência de Vigilância em Saúde  
Gerência de Imunizações e Rede de Frio**



**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**

**GOVERNO DE GOIÁS**

Ouvidoria do SUS 0800 643 3700

[www.saude.go.gov.br](http://www.saude.go.gov.br)



# CALENDÁRIO VACINAL 2016

Historicamente, diversos calendários de vacinação foram propostos em função de diferentes situações, tais como:

- Situação epidemiológica;
- Mudanças nas indicações de vacinas;
- Incorporações de novas vacinas.



# CALENDÁRIO VACINAL 2016

Historicamente, diversos calendários de vacinação foram propostos em função de diferentes situações, tais como:

- Situação epidemiológica;
- Mudanças nas indicações de vacinas;
- Incorporações de novas vacinas.



# CALENDÁRIO VACINAL 2016

## Hepatite B

**Será ampliada a oferta para a população independente da idade e ou condições de vulnerabilidade.**

- Aumento crescente da população de idosos;
- Aumento da expectativa e qualidade de vida da população;
- Atividade sexual em ascensão em idosos;
- Resistência ao uso de estratégias de proteção.



# CALENDÁRIO VACINAL 2016

## Hepatite B

2015	2016
<ul style="list-style-type: none"><li>- Até 49 anos (49 anos, 11 meses e 29 dias.</li><li>- Grupos Vulneráveis</li></ul>	<b>Qualquer faixa etária</b>



# CALENDÁRIO VACINAL 2016

## Vacina Poliomielite

**Substituição da terceira dose, administrada atualmente com a vacina oral da poliomielite (VOP), por vacina inativada poliomielite (VIP).**

- O esquema básico deixará de ser sequencial;
- Mantém os reforços administrados aos 15 meses e aos 4 anos;
- Recomendações do Plano Global de Erradicação da Poliomielite 2013-2018;
- Preparativo para a substituição da VOPt pela VOPb.



# CALENDÁRIO VACINAL 2016

## Vacina Poliomielite

2015	2016
2 meses (1ª dose): VIP 4 meses (2ª dose): VIP 6 meses (3ª dose): VOP	2 meses (1ª dose): VIP 4 meses (2ª dose): VIP <b>6 meses (3ª dose): VIP</b>
15 meses (1º Reforço):VOP 4 anos (2º Reforço ): VOP	15 meses (1º Reforço):VOP 4 anos (2º Reforço ): VOP

# CALENDÁRIO VACINAL 2016

## Vacina Pneumocócica 10 valente

**Esquema básico de duas doses e um reforço, preferencialmente aos 12 meses, podendo ser administrado até os 4 anos de idade.**

Para crianças de 12 meses a 4 anos, não vacinadas, administrar dose única.

Idade	Vacina
2 meses	1ª dose
4 meses	2ª dose
12 meses	Reforço



# CALENDÁRIO VACINAL 2016

## Vacina Pneumocócica 10 valente

2015	2016
2 meses (1ª dose)	2 meses (1ª dose)
4 meses (2ª dose)	4 meses (2ª dose)
6 meses (3ª dose)	Retirada 3ª dose
12 meses (Reforço*)	12 meses (Reforço*)
*Podendo ser administrado até aos 2 anos	*Podendo ser administrado até aos 4 anos

Para crianças de 12 meses a 4 anos, não vacinadas, administrar dose única.

# CALENDÁRIO VACINAL 2016

## Vacina Hepatite A

Alteração da faixa etária para administração da vacina de 12 meses para os 15 meses de idade.

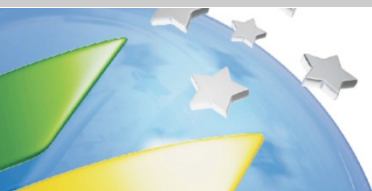
Idade	Dose	Comentário
15 meses	Única	Poderá ser administrada até os 23 meses.



# CALENDÁRIO VACINAL 2016

## Vacina Hepatite A

2015	2016
12 meses: dose única	15 meses: dose única
Poderá ser administrada até os 23 meses (menores de 2 anos).	Poderá ser administrada até os 23 meses (menores de 2 anos).



# CALENDÁRIO VACINAL 2016

## Vacina papiloma vírus humano (HPV)

Mudança do esquema vacinal para duas doses (0 e 6 meses), não sendo necessária a administração da terceira dose. Público alvo meninas de 9 a 13 anos.

Esquema	Dose
1ª dose	Mês (0)
2ª dose	6 meses após 1ª dose

# CALENDÁRIO VACINAL 2016

## Vacina papiloma vírus humano (HPV)

2015	2016
1ª dose: 2ª dose: 6 meses após a 1ª 3ª dose: 60 meses (5 anos) após a 1ª.	1ª dose: 2ª dose: 6 meses após a 1ª <b>Retirada 3ª dose</b>

**Público alvo meninas de 9 a 13 anos.**



# CALENDÁRIO VACINAL 2016

## Vacina meningocócica C (conjugada)

Esquema básico de duas doses (3 e 5 meses). Administrar o reforço preferencialmente aos 12 meses (podendo ser feito até 4 anos). Para crianças de 12 meses a 4 anos, não vacinadas, administrar uma dose única até os quatro anos.

Idade	Dose
3 meses	1ª dose
5 meses	2ª dose
12 meses	Reforço

# CALENDÁRIO VACINAL 2016

## Vacina meningocócica C (conjugada)

2015	2016
3 meses (1ª dose) 5 meses (2ª dose)	3 meses (1ª dose) 5 meses (2ª dose)
15 meses (Reforço*) *Podendo ser administrado até aos 2 anos	12 meses (Reforço*) *Podendo ser administrado até aos 4 anos

Para crianças de 12 meses a 4 anos, não vacinadas, administrar dose única.



**Prevenção não tem idade. Vacine-se!**

# CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

## CRIANÇA

1. BCG
2. Hepatite B
3. VORH-Oral De Rotavírus Humanos
4. VIP-Pólio Inativada
5. VOP-Polio Oral
6. Pentavalente (DTP+Hib+Hep. B)
7. Pneumocócica 10 Valente (Conjugada)
8. Meningocócica C Conjugada
9. Febre Amarela
10. Hepatite A
11. Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba, e Rubéola)
12. DTP (Difteria Tétano e Coqueluche)
13. Tetra Viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela)
14. Dupla Adulto- dT (a partir de 7 anos)
15. HPV

## ADOLESCENTE

1. Hepatite B
2. Febre Amarela
3. Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba, e Rubéola)
4. Dupla Adulto- dt
5. HPV

## ADULTO

1. Hepatite B
2. Febre Amarela
3. Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba, e Rubéola)
4. Dupla Adulto- dT
5. dTpa Adulto (Gestantes e profiss. de saúde)

## IDOSO

1. Febre Amarela
2. Dupla Adulto- dT
3. Influenza
4. Hepatite B
5. Pneumo 23



Prazo para utilização das vacinas após abertura do frasco, Brasil, 2015		
DCB	Nome abreviado	Validade após abertura do frasco
Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis	DTP	Butantan - 15 dias Serum Institute of Índia - 4 semanas
Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjugada)	Penta	Serum Institute of Índia: Unidose - uso imediato; Multidose - 4 semanas Biological - uso imediato
Vacina adsorvida hepatite A (inativada) infantil	HA	Uso imediato
Vacina BCG	BCG	6 horas
Vacina febre amarela (atenuada)	FA	6 horas
Vacina hepatite B (recombinante)	HB recombinante	Butantan - 15 dias Sanofi Pasteur – 10 dias
Vacina meningocócica C (conjugada)	MncC	Uso imediato
Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	Pncc 10	Uso imediato
Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)	VOP	Bio-Manguinhos - 5 dias
Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada)	VIP	Sanofi Pasteur – 7 dias
Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada)	VORH	Uso imediato
Vacina sarampo, caxumba, rubéola	SCR	Bio-Manguinhos - 8 horas Sanofi Pasteur - uso imediato Serum Institute of Índia - 6 horas
Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada)	SCRV	Uso imediato
Varicela	Varicela	Uso imediato

## ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

[illegible]

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema.

## ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

[illegible]

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema.

## ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

[illegible]

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema.

ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Rotavirus	Penta (DTP+Hib+ Hep B)	DTP	VIP/VOP	Pneumo 10	Meningo C	Febre Amarela (1)	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral	Dupla Adulto	HPV (2)	dTpa (adulto)
Criança	Ao nascer	Dose Única	Dose ao nascer													
	2 meses			1ª dose												
	3 meses															
	4 meses			2ª dose												
	5 meses															
	6 meses															
	9 meses															
	12 meses															
	15 meses															
	4 anos															
	9 anos															
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.													
Adulto	20 a 59 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.													
Idoso	60anos ou mais		3 doses, a depender da situação vacinal.													
Gestante			3 doses, a depender da situação vacinal.													

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema.

## ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

[illegible]

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema.

ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Rotavirus	Penta (DTP+Hib+ Hep B)	DTP	VIP/VOP	Pneumo 10	Meningo C	Febre Amarela (1)	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral	Dupla Adulto	HPV (2)	dTpa (adulto)
Criança	Ao nascer	Dose Única	Dose ao nascer													
	2 meses			1ª dose	1ª dose											
	3 meses															
	4 meses			2ª dose	2ª dose											
	5 meses															
	6 meses				3ª dose											
	9 meses															
	12 meses															
	15 meses					1º reforço										
	4 anos					2º reforço										
	9 anos															
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.													
Adulto	20 a 59 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.													
Idoso	60anos ou mais		3 doses, a depender da situação vacinal.													
Gestante			3 doses, a depender da situação vacinal.													

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema.

## ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

[illegible]

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema.



ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Rotavirus	Penta (DTP+Hib+ Hep B)	DTP	VIP/VOP	Pneumo 10	Meningo C	Febre Amarela (1)	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral	Dupla Adulto	HPV (2)	dTpa (adulto)
Criança	Ao nascer	Dose Única	Dose ao nascer													
	2 meses			1ª dose	1ª dose		1ª dose (com VIP)	1ª dose								
	3 meses															
	4 meses			2ª dose	2ª dose		2ª dose (com VIP)	2ª dose								
	5 meses															
	6 meses				3ª dose		3ª dose (com VIP)									
	9 meses															
	12 meses							Reforço								
	15 meses					1º reforço	Reforço (com VOP)									
	4 anos					2º reforço	Reforço (com VOP)									
	9 anos															
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.													
Adulto	20 a 59 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.													
Idoso	60anos ou mais		3 doses, a depender da situação vacinal.													
Gestante			3 doses, a depender da situação vacinal.													

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema.

ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Rotavirus	Penta (DTP+Hib+ Hep B)	DTP	VIP/VOP	Pneumo 10	Meningo C	Febre Amarela (1)	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral	Dupla Adulto	HPV (2)	dTpa (adulto)
Criança	Ao nascer	Dose Única	Dose ao nascer													
	2 meses			1ª dose	1ª dose		1ª dose (com VIP)	1ª dose								
	3 meses								1ª dose							
	4 meses			2ª dose	2ª dose		2ª dose (com VIP)	2ª dose								
	5 meses								2ª dose							
	6 meses				3ª dose		3ª dose (com VIP)									
	9 meses															
	12 meses							Reforço	Reforço							
	15 meses					1º reforço	Reforço (com VOP)									
	4 anos					2º reforço	Reforço (com VOP)									
	9 anos															
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.													
Adulto	20 a 59 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.													
Idoso	60anos ou mais		3 doses, a depender da situação vacinal.													
Gestante			3 doses, a depender da situação vacinal.													

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema.

## ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Rotavirus	Penta (DTP+Hib+ Hep B)	DTP	VIP/VOP	Pneumo 10	Meningo C	Febre Amarela (1)	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral	Dupla Adulto	HPV (2)	dTpa (adulto)
Criança	Ao nascer	Dose Única	Dose ao nascer													
	2 meses			1ª dose	1ª dose		1ª dose (com VIP)	1ª dose								
	3 meses								1ª dose							
	4 meses			2ª dose	2ª dose		2ª dose (com VIP)	2ª dose								
	5 meses								2ª dose							
	6 meses				3ª dose		3ª dose (com VIP)									
	9 meses									Dose inicial						
	12 meses							Reforço	Reforço							
	15 meses					1º reforço	Reforço (com VOP)									
	4 anos					2º reforço	Reforço (com VOP)			Reforço						
	9 anos									1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal						
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal						
Adulto	20 a 59 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal						
Idoso	60anos ou mais		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal						
Gestante			3 doses, a depender da situação vacinal.													

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema.

## ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Rotavirus	Penta (DTP+Hib+ Hep B)	DTP	VIP/VOP	Pneumo 10	Meningo C	Febre Amarela (1)	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral	Dupla Adulto	HPV (2)	dTpa (adulto)
Criança	Ao nascer	Dose Única	Dose ao nascer													
	2 meses			1ª dose	1ª dose		1ª dose (com VIP)	1ª dose								
	3 meses								1ª dose							
	4 meses			2ª dose	2ª dose		2ª dose (com VIP)	2ª dose								
	5 meses								2ª dose							
	6 meses				3ª dose		3ª dose (com VIP)									
	9 meses									Dose inicial						
	12 meses							Reforço	Reforço							
	15 meses					1º reforço	Reforço (com VOP)				Dose única					
	4 anos					2º reforço	Reforço (com VOP)			Reforço						
	9 anos									1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal						
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal						
Adulto	20 a 59 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal						
Idoso	60anos ou mais		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal						
Gestante			3 doses, a depender da situação vacinal.													

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema

## ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Rotavirus	Penta (DTP+Hib+ Hep B)	DTP	VIP/VOP	Pneumo 10	Meningo C	Febre Amarela (1)	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral	Dupla Adulto	HPV (2)	dTpa (adulto)
Criança	Ao nascer	Dose Única	Dose ao nascer													
	2 meses			1ª dose	1ª dose		1ª dose (com VIP)	1ª dose								
	3 meses								1ª dose							
	4 meses			2ª dose	2ª dose		2ª dose (com VIP)	2ª dose								
	5 meses								2ª dose							
	6 meses				3ª dose		3ª dose (com VIP)									
	9 meses									Dose inicial						
	12 meses							Reforço	Reforço			1ª dose				
	15 meses					1º reforço	Reforço (com VOP)				Dose única					
	4 anos					2º reforço	Reforço (com VOP)			Reforço						
	9 anos									1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal						
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal		2 doses, a depender da situação vacinal.				
Adulto	20 a 59 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal		1 dose (até 49 anos), a depender da situação vacinal.				
Idoso	60anos ou mais		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal						
Gestante			3 doses, a depender da situação vacinal.													

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema

## ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Rotavirus	Penta (DTP+Hib+ Hep B)	DTP	VIP/VOP	Pneumo 10	Meningo C	Febre Amarela (1)	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral	Dupla Adulto	HPV (2)	dTpa (adulto)
Criança	Ao nascer	Dose Única	Dose ao nascer													
	2 meses			1ª dose	1ª dose		1ª dose (com VIP)	1ª dose								
	3 meses								1ª dose							
	4 meses			2ª dose	2ª dose		2ª dose (com VIP)	2ª dose								
	5 meses								2ª dose							
	6 meses				3ª dose		3ª dose (com VIP)									
	9 meses									Dose inicial						
	12 meses							Reforço	Reforço			1ª dose				
	15 meses					1º reforço	Reforço (com VOP)				Dose única		Dose Única			
	4 anos					2º reforço	Reforço (com VOP)			Reforço						
	9 anos									1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal						
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal		2 doses, a depender da situação vacinal.				
Adulto	20 a 59 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal		1 dose (até 49 anos), a depender da situação vacinal.				
Idoso	60anos ou mais		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal						
Gestante			3 doses, a depender da situação vacinal.													

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema.

## ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Rotavirus	Penta (DTP+Hib+ Hep B)	DTP	VIP/VOP	Pneumo 10	Meningo C	Febre Amarela (1)	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral	Dupla Adulto	HPV (2)	dTpa (adulto)
Criança	Ao nascer	Dose Única	Dose ao nascer													
	2 meses			1ª dose	1ª dose		1ª dose (com VIP)	1ª dose								
	3 meses								1ª dose							
	4 meses			2ª dose	2ª dose		2ª dose (com VIP)	2ª dose								
	5 meses								2ª dose							
	6 meses				3ª dose		3ª dose (com VIP)									
	9 meses									Dose inicial						
	12 meses							Reforço	Reforço			1ª dose				
	15 meses					1º reforço	Reforço (com VOP)				Dose única		Dose Única			
	4 anos					2º reforço	Reforço (com VOP)			Reforço						
	9 anos									1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal						
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal		2 doses, a depender da situação vacinal.		3 doses, a depender da situação vacinal.		
Adulto	20 a 59 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal		1 dose (até 49 anos), a depender da situação vacinal.		3 doses, a depender da situação vacinal.		
Idoso	60anos ou mais		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal				3 doses, a depender da situação vacinal.		
Gestante			3 doses, a depender da situação vacinal.											2 doses, a depender da situação vacinal.		

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema.

ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO																
Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Rotavirus	Penta (DTP+Hib+ Hep B)	DTP	VIP/VOP	Pneumo 10	Meningo C	Febre Amarela (1)	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral	Dupla Adulto	HPV (2)	dTpa (adulto)
Criança	Ao nascer	Dose Única	Dose ao nascer													
	2 meses			1ª dose	1ª dose		1ª dose (com VIP)	1ª dose								
	3 meses								1ª dose							
	4 meses			2ª dose	2ª dose		2ª dose (com VIP)	2ª dose								
	5 meses								2ª dose							
	6 meses				3ª dose		3ª dose (com VIP)									
	9 meses									Dose inicial						
	12 meses							Reforço	Reforço			1ª dose				
	15 meses					1º reforço	Reforço (com VOP)				Dose única		Dose Única			
	4 anos					2º reforço	Reforço (com VOP)			Reforço						
	9 anos									1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal					2 doses de 9 a 13 anos	
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal		2 doses, a depender da situação vacinal.		3 doses, a depender da situação vacinal.		
Adulto	20 a 59 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal		1 dose (até 49 anos), a depender da situação vacinal.		3 doses, a depender da situação vacinal.		
Idoso	60anos ou mais		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal				3 doses, a depender da situação vacinal.		
Gestante			3 doses, a depender da situação vacinal.											2 doses, a depender da situação vacinal.		

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema



## ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Rotavirus	Penta (DTP+Hib+ Hep B)	DTP	VIP/VOP	Pneumo 10	Meningo C	Febre Amarela (1)	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral	Dupla Adulto	HPV (2)	dTpa (adulto)
Criança	Ao nascer	Dose Única	Dose ao nascer													
	2 meses			1ª dose	1ª dose		1ª dose (com VIP)	1ª dose								
	3 meses								1ª dose							
	4 meses			2ª dose	2ª dose		2ª dose (com VIP)	2ª dose								
	5 meses								2ª dose							
	6 meses				3ª dose		3ª dose (com VIP)									
	9 meses									Dose inicial						
	12 meses							Reforço	Reforço			1ª dose				
	15 meses					1º reforço	Reforço (com VOP)				Dose única		Dose Única			
	4 anos					2º reforço	Reforço (com VOP)			Reforço						
	9 anos									1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal					2 doses de 9 a 13 anos	
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal		2 doses, a depender da situação vacinal.		3 doses, a depender da situação vacinal.		
Adulto	20 a 59 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal		1 dose (até 49 anos), a depender da situação vacinal.		3 doses, a depender da situação vacinal.		
Idoso	60anos ou mais		3 doses, a depender da situação vacinal.							1 dose e 1 reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal				3 doses, a depender da situação vacinal.		
Gestante			3 doses, a depender da situação vacinal.											2 doses, a depender da situação vacinal.		1 dose a cada gestação

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema.

ANEXO 2 – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Rotavirus	Penta (DTP+Hib+ Hep B)	DTP	VIP/VOP	Pneumo 10	Meningo C	Febre Amarela (1)	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral	Dupla Adulto	HPV (2)	dTpa (adulto)
Criança	Ao nascer	Dose Única	Dose ao nascer													
	2 meses			1ª dose	1ª dose		1ª dose (com VIP)	1ª dose								
	3 meses								1ª dose							
	4 meses			2ª dose	2ª dose		2ª dose (com VIP)	2ª dose								
	5 meses								2ª dose							
	6 meses				3ª dose		3ª dose (com VIP)									
	9 meses									Dose inicial						
	12 meses							Reforço	Reforço			1ª dose				
	15 meses					1º reforço	Reforço (com VOP)				Dose única		Dose Única			
	4 anos					2º reforço	Reforço (com VOP)			Reforço						
	9 anos														2 doses de 9 a 13 anos	
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.									2 doses, a depender da situação vacinal.		3 doses, a depender da situação vacinal.		
Adulto	20 a 59 anos		3 doses, a depender da situação vacinal.									1 dose (até 49 anos), a depender da situação vacinal.		3 doses, a depender da situação vacinal.		
Idoso	60anos ou mais		3 doses, a depender da situação vacinal.											3 doses, a depender da situação vacinal.		
Gestante			3 doses, a depender da situação vacinal.											2 doses, a depender da situação vacinal.		1 dose a cada gestação

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).

(2) Se não tiver recebido esquema completo, completar esquema.



# Obrigada!



**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**

**GOVERNO DE GOIÁS**

Ouvidoria do SUS **0800 643 3700**

[www.saude.go.gov.br](http://www.saude.go.gov.br)

**Gerência de Imunizações e Rede de Frio/SUVISA/SES-GO.**

**[pnigoias@gmail.com](mailto:pnigoias@gmail.com)**

**(62) 3201-7888/7882**