



TODOS CONTRA O CORONAVIRUS – USE MÁSCARA – SE PUDER FIQUE EM CASA

Turma: 4º Ano A	Professor(es) (as): Juliana e Maria Emília	Semana: De
---------------------------	------------------------------------------------------	----------------------

NOME _____ DATA _____



	Nascimento	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	4 anos	Proteção (doenças evitadas)
(BCG)	Dose única										Formas graves de tuberculose na infância
Hepatite B	Dose ao nascer										Hepatite B
Poliomielite		1ª dose (VIP)		2ª dose (VIP)		3ª dose (VOP)			Reforço		Poliomielite
Pneumocócica 10 valente		1ª dose		2ª dose		3ª dose		Reforço			Pneumonia, otite, meningite e infecções causadas pelo Pneumococo
Pentavalente		1ª dose		2ª dose		3ª dose					Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo B
Rotavírus		1ª dose		2ª dose							Diarréia por Rotavírus
Meningococo C			1ª dose		2ª dose				Reforço		Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do sorogrupo C
Triplíce Viral								1ª dose			Sarampo, rubéola e caxumba
Febre Amarela							Dose Inicial ¹				Febre Amarela
DTP									Reforço	Reforço	Difteria, tétano, coqueluche

(1) Para residentes e viajantes que se deslocam para áreas com recomendação de vacinação (ACRV).



Melhorar sua vida, nosso compromisso.



Ministério da Saúde



<https://www.google.com.br/>

search?q=imagens+carteira+de+vacina%C3%A7%C3%A3o+infantil&source=lnms&tb

1- Qual é o título do panfleto?

2- Cite três informações contidas neste panfleto::

a) _____ b) _____ c) _____

3- Qual é a data que aparece no documento?

_____ A _____ DE _____.

4- Qual o Ministério que formulou o panfleto?

5- Explique se você tem um documento como este e se ele é importante, por quê?
