

Vacinas cobertas pelo SIS a partir de 03/06/2026

No DF, laboratórios parceiros e algumas clínicas credenciadas aceitam carteirinha do SIS para imunização. Fora do DF: cobertura apenas por reembolso.

Imunobiológico	Indicação principal (prevenção)	Faixa etária indicada na bula	Requisito para cobertura do SIS	Situação	Cobertura SUS e exclusão SIS	Reembolso (R\$/dose)*	Esquema vacinal	Número de doses
Dengue (Qdenga)	Dengue (sorotipos 1–4)	4 a 60 anos	Cobertura SIS: 4–9 e 15–60 anos; não cobrir 10–14 anos (PNI) ³	Cobertura complementar ao PNI/SUS	10 a 14 anos	R\$ 396,34	2 doses (3 meses)	2 doses
Hepatite A Infantil	Hepatite A	≥1 ano	5 a 19 anos ¹	Cobertura complementar ao PNI/SUS	15 meses a 4 anos completos	R\$ 175,27	2 doses (6 meses)	1 dose + reforço
Hepatite A Adulto	Hepatite A	Adultos/adolescentes	acima de 16 anos ¹	Cobertura complementar ao PNI/SUS	Sem cobertura SUS	R\$ 166,50	2 doses (6 meses)	1 dose + reforço
Hepatite A+B	Hepatites A e B	A partir de 1 ano ¹	Conforme bula; crianças, adolescentes e adultos	Cobertura SIS recomendada	Sem cobertura SUS	R\$ 291,00	1–15 anos: 2 doses; ≥16 anos: 3 doses (0-1-6 meses)	3 doses + possibilidade de reforço
Herpes Zóster (Shingrix)	Herpes-zóster e neuralgia pós-herpética	Adultos	≥50 anos e grupos de risco ²	Cobertura SIS recomendada	Sem cobertura SUS	R\$ 780,00	2 doses (2 meses)	2 doses
Hexavalente	Difteria, tétano, coqueluche, Hib, hepatite B e pólio	6 semanas a 7 anos	Conforme bula	Cobertura SIS recomendada	Sem cobertura SUS	R\$ 275,50	Esquema infantil de rotina	3 doses + reforço
HPV 9 (Nonavalente)	Infecções e cânceres relacionados ao HPV	9 a 45 anos	Conforme bula	Cobertura SIS recomendada	Sem cobertura SUS	R\$ 845,50	9–19 anos: 2 doses; ≥20 anos: 3 doses	3 doses
Influenza Quadrivalente	Gripe	≥6 meses	A partir de 6 meses	Cobertura SIS recomendada	Sem cobertura para quadrivalente	R\$ 75,00	Dose anual	1 dose anual. 1ª vacinação em menores 9 anos: 2 doses com intervalo de 1 mês
Influenza High Dose (Efluelda)	Gripe em idosos	60+ anos	60+ anos	Cobertura SIS recomendada	Sem cobertura SUS	R\$ 270,00	Dose anual	1 dose anual
Meningocócica ACWY	Meningite A,C,W,Y	A partir de 6 semanas / 2 meses ¹	5 a 10 anos e 15+ ³	Cobertura complementar ao PNI/SUS	12 meses a 4 anos completos e de 11 a 14 anos	R\$ 322,05	Conforme idade	4 doses + possibilidade de reforço
Meningocócica B	Meningite B	2 meses a 50 anos ¹	2 meses a 50 anos	Cobertura SIS recomendada	Sem cobertura SUS	R\$ 660,00	Conforme idade	3 doses + reforço
Pneumocócica 15V	Doenças pneumocócicas	≥6 semanas	Conforme bula	Cobertura SIS recomendada	Sem cobertura SUS	R\$ 254,60	Conforme idade	3 doses + reforço
Pneumocócica 20V	Doenças pneumocócicas	≥6 semanas	≥5 anos	Cobertura complementar ao PNI/SUS	2 meses a 5 anos	R\$ 470,00	Conforme idade	3 doses + reforço
Rotavírus Pentavalente	Gastroenterite por rotavírus	6 a 32 semanas	Lactentes elegíveis	Cobertura SIS recomendada	Sem cobertura SUS	R\$ 275,40	3 doses	3 doses
VSR (Arexvy)	Doença respiratória por VSR	≥18 anos	60+ ou 18–59 com alto risco ²	Cobertura SIS recomendada	Sem cobertura SUS	R\$ 1.130,50	Dose única	Dose única
VSR (Abrysvo)	Doença respiratória por VSR	Gestantes; ≥60 anos; 18–59 grupo alto risco	60+ e grupos de risco ²	Cobertura complementar ao PNI/SUS	Gestantes a partir da 28ª semana	R\$ 1.100,00	Dose única	Dose única
Beyfortus (nirsevimabe)	VSR em lactentes	RN e lactentes; até 24 meses vulneráveis	Não contemplados pelo PNI e grupos elegíveis	Cobertura complementar ao PNI/SUS	Prematuros e grupos específicos ²	R\$ 3.100,00	Dose conforme peso/idade	Dose única por temporada de VSR

A cobertura obedece às idades previstas na bula do medicamento, exceto para as faixas etárias já atendidas pelo SUS.

Cobertura será apenas na modalidade reembolso fora do DF.

¹ = varia de acordo com fabricante | ² = exigência de autorização prévia com relatório médico apenas para grupos de risco | ³ = exigência de autorização prévia do plano para rede credenciada.

* Em ambas modalidades (reembolso e carteririnha da rede credenciada) incide coparticipação de 30% no valor da tabela.