



PREFEITURA DE
ITAPEVI
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

APRENDER EM CASA


SUGESTÕES DE ATIVIDADES

EJA EDUCAÇÃO DE
JOVENS E ADULTOS

TERMO

2

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-Feira	Quinta-feira	Sexta-feira							
Língua Portuguesa	Língua Portuguesa	Matemática	Matemática	Ciências							
<p>PRODUÇÃO TEXTUAL</p> <p>ESCREVA UM PEQUENO TEXTO INFORMANDO QUAL A SUA PROFISSÃO E O QUE VOCÊ VÊ DE PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS NELA.</p>	<p>LISTA</p> <p>SABEMOS QUE TODOS OS LOCAIS POSSUEM SUAS NORMAS, AS FAMOSAS REGRAS DE BOA CONVIVÊNCIA.</p> <p>LISTE EM SEU CADERNO ALGUMAS DELAS QUE VOCÊ CONHECE E COLOCA EM PRÁTICA.</p>	<p>MEDIDAS</p> <p>REGISTRE A SUA MEDIDA (ALTURA).</p> <p>AGORA RESPONDA:</p> <p>1 - VOCÊ É MAIOR OU MENOR QUE 1 METRO E MEIO?</p> <p>2 - O QUE VOCÊ PODE COMPARAR COM A SUA ALTURA?</p> <p>3 - O QUE PODE SER MENOR QUE SUA ALTURA?</p>	<p>MEDIDAS</p> <p>ANOTE AS MEDIDAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> COM SEU POLEGAR: <p>POLEGADAS DA TELA DO SEU CELULAR.</p> <p>POLEGADAS DA TELA DA SUA TELEVISÃO.</p> <ul style="list-style-type: none"> COM UMA RÉGUA: <p>O TAMANHO DO SEU CADERNO.</p> <p>O TAMANHO DO SEU LÁPIS / CANETA.</p> <ul style="list-style-type: none"> COM UMA FITA MÉTRICA: <p>A ALTURA DE UMA PORTA DA SUA CASA.</p> <p>A LARGURA DA SUA GELADEIRA OU FOGÃO.</p> <ul style="list-style-type: none"> COM OS PÉS. <p>QUANTOS PASSOS TEM DA PAREDE DE UMA LADO DA SUA SALA (OU QUALQUER OUTRO AMBIENTE ESCOLHIDO) ATÉ A PAREDE DO OUTRO LADO.</p>	<p>VACINAÇÃO</p> <p>OBSERVE SUA CARTEIRA DE VACINAÇÃO PESSOAL OU A DE ALGUÉM PRÓXIMO E REGISTRE A DATA EM QUE ESTAS VACINAS FORAM TOMADAS OU DEVERIAM SER APLICADAS DE ACORDO COM O CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO ANEXO (ROLAR A PÁGINA PARA VIZUALIZÁ-LO)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOME DA VACINA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCG</td> </tr> <tr> <td>TETRAVALENTE VOP (VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO)</td> </tr> <tr> <td>VORH (VACINA ROTAVÍRUS)</td> </tr> <tr> <td>VACINA CONTRA FEBRE AMARELA</td> </tr> <tr> <td>SRC (TRÍPLICE VIRAL)</td> </tr> <tr> <td>HEPATITE B</td> </tr> </tbody> </table>	NOME DA VACINA	BCG	TETRAVALENTE VOP (VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO)	VORH (VACINA ROTAVÍRUS)	VACINA CONTRA FEBRE AMARELA	SRC (TRÍPLICE VIRAL)	HEPATITE B
NOME DA VACINA											
BCG											
TETRAVALENTE VOP (VACINA ORAL CONTRA A PÓLIO)											
VORH (VACINA ROTAVÍRUS)											
VACINA CONTRA FEBRE AMARELA											
SRC (TRÍPLICE VIRAL)											
HEPATITE B											

Adaptação para estudantes com deficiência	Adaptação para estudantes com deficiência	Adaptação para estudantes com deficiência	Adaptação para estudantes com deficiência	Adaptação para estudantes com deficiência
<p>PRODUÇÃO TEXTUAL</p> <p>CASO O ALUNO SEJA DEFICIENTE AUDITIVO, ASSISTA AO VIDEO:</p> <p>“PROFISSÃO EM LIBRAS” https://www.youtube.com/watch?v=RzDq7R-rJ8&t=73s</p> <p>ESCREVA UM PEQUENO TEXTO INFORMANDO QUAL A SUA PROFISSÃO E O QUE VOCÊ VÊ DE PONTOS POSITIVOS (BOM) E NEGATIVOS (RUIM) NELA.</p>	<p>LISTA</p> <p>ASSISTA AO VIDEO:</p> <p>“[LIBRAS] Boas Maneiras Turma da Mônica” https://www.youtube.com/watch?v=01PkkJFnKA8</p> <p>LISTE EM SEU CADERNO “BOAS MANEIRAS” QUE VOCÊ CONHECE E COLOCA EM PRÁTICA:</p>	<p>MEDIDAS</p> <p>REGISTRE A SUA MEDIDA (ALTURA).</p> <p>AGORA RESPONDA:</p> <p>1 - VOCÊ É MAIOR OU MENOR QUE 1 METRO E MEIO?</p> <p>2 - O QUE VOCÊ PODE COMPARAR COM A SUA ALTURA?</p> <p>3 - O QUE PODE SER MENOR QUE SUA ALTURA?</p>	<p>MEDIDAS</p> <p>ANOTE AS MEDIDAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> COM SEU POLEGAR: <p>POLEGADAS DA TELA DO SEU CELULAR.</p> <p>POLEGADAS DA TELA DA SUA TELEVISÃO.</p> <ul style="list-style-type: none"> COM UMA RÉGUA: <p>O TAMANHO DO SEU CADERNO.</p> <p>O TAMANHO DO SEU LÁPIS / CANETA.</p> <ul style="list-style-type: none"> COM UMA FITA MÉTRICA: <p>A ALTURA DE UMA PORTA DA SUA CASA.</p> <p>A LARGURA DA SUA GELADEIRA OU FOGÃO.</p> <ul style="list-style-type: none"> COM OS PÉS. <p>QUANTOS PASSOS TEM DA PAREDE DE UMA LADO DA SUA SALA (OU QUALQUER OUTRO AMBIENTE ESCOLHIDO) ATÉ A PAREDE DO OUTRO LADO.</p>	<p>VACINAÇÃO</p> <p>OBSERVE SUA CARTEIRA DE VACINAÇÃO PESSOAL OU A DE ALGUÉM PRÓXIMO E REGISTRE A DATA EM QUE ESTAS VACINAS FORAM TOMADAS OU DEVERIAM SER APLICADAS DE ACORDO COM O CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO ANEXO (ROLAR A PÁGINA PARA VIZUALIZÁ-LO).</p> 



CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA



AO NASCER	BCG-ID	DOSE ÚNICA	() data: / /
	HEPATITE B	1ª DOSE	() data: / /
1 OU 2 MESES	HEPATITE B	2ª DOSE	() data: / /
2 MESES	TRÍPLICE BACTERIANA (DTP) OU (DTPa *)	1ª DOSE	() data: / /
	HEMÓFILOS TIPO B (**)	1ª DOSE	() data: / /
	POLIOMIELITE (VP - VÍRUS INATIVADOS *)	1ª DOSE	() data: / /
	ROTAVÍRUS	1ª DOSE	() data: / /
	PNEUMOCÓCICA CONJUGADA	1ª DOSE	() data: / /
3 MESES	MENINGOCÓCICA C CONJUGADA	1ª DOSE	() data: / /
	MENINGOCÓCICA B	1ª DOSE	() data: / /
4 MESES	TRÍPLICE BACTERIANA (DTP) OU (DTPa *)	2ª DOSE	() data: / /
	HEMÓFILOS TIPO B (**)	2ª DOSE	() data: / /
	POLIOMIELITE (VP - VÍRUS INATIVADOS *)	2ª DOSE	() data: / /
	ROTAVÍRUS	2ª DOSE	() data: / /
	PNEUMOCÓCICA CONJUGADA	2ª DOSE	() data: / /



5 MESES	MENINGOCÓCICA C CONJUGADA	2ª DOSE	() data: / /
	MENINGOCÓCICA B	2ª DOSE	() data: / /
6 MESES	TRÍPLICE BACTERIANA (DTP) OU (DTPa *)	3ª DOSE	() data: / /
	HEMÓFILOS TIPO B (**)	3ª DOSE	() data: / /
	HEPATITE B	3ª DOSE	() data: / /
	POLIOMIELITE (VP) OU (VP - VÍRUS INATIVADOS *)	3ª DOSE	() data: / /
	PNEUMOCÓCICA CONJUGADA	3ª DOSE	() data: / /
7 MESES	INFLUENZA (***)	1ª DOSE	() data: / /
	INFLUENZA (***)	2ª DOSE	() data: / /
9 MESES	MENINGOCÓCICA B	3ª DOSE	() data: / /
	FEBRE AMARELA	1ª DOSE (ÁREAS ENDEMICAS)	() data: / /



12 MESES	HEPATITE A (*)	1ª DOSE	() data: / /
	TRÍPLICE VIRAL (SRC)	1ª DOSE	() data: / /
	VARICELA (CATAPORA) (*)	1ª DOSE	() data: / /
	MENINGOCÓCICA B	REFORÇO	() data: / /
	MENINGOCÓCICA ACWY	1ª DOSE	() data: / /
15 MESES	PNEUMOCÓCICA CONJUGADA	REFORÇO	() data: / /
	TRÍPLICE BACTERIANA (DTP) OU (DTPa *)	REFORÇO	() data: / /
	HEMÓFILOS TIPO B (**)	REFORÇO	() data: / /
	POLIOMIELITE (VP) OU (VP - VÍRUS INATIVADOS *)	REFORÇO	() data: / /
18 MESES	TRÍPLICE VIRAL (SRC)	2ª DOSE	() data: / /
	VARICELA (CATAPORA)	2ª DOSE	() data: / /
	HEPATITE A (*)	2ª DOSE	() data: / /



4 ANOS	TRÍPLICE BACTERIANA (DTP) OU (DTPa *)	REFORÇO	() data: / /
	POLIOMIELITE (VP) OU (VP - VÍRUS INATIVADOS *)	REFORÇO	() data: / /
	TRÍPLICE VIRAL (SRC)	3ª DOSE	() data: / /
	MENINGOCÓCICA ACWY (5 ANOS)	2ª DOSE	() data: / /



10 ANOS	HPV	1ª DOSE	() data: / /
	TRÍPLICE BACTERIANA (DTP) OU (DTPa *)	REFORÇO	() data: / /