

## Ficha Detalhada

**DEOLINDA GASPAR JOAQUIM**  
**Cartão SUS: 704 1011 8390 6974**

<b>Polo Base:</b> BELÉM DO SOLIMÕES		<b>Aldeia:</b> BELÉM DO SOLIMÕES	
<b>Nº Residência:</b> 0043-I		<b>Família:</b> 58	
<b>Nome Pai:</b> VALMIR FIDELIS PEREIRA		<b>Nome Mãe:</b>	
<b>Data Nascimento:</b> 08/07/1973	<b>Idade:</b> 51 Ano(s), 1 Mes(es) e 19 Dia(s)	<b>Sexo:</b> Feminino	
<b>Peso ao Nascer:</b>		<b>Deficiência Congenita:</b> Não	

## MORBIDADE

Data Atendimento	CID	Descrição	Data Encerramento
16/12/2014	L08	Outras infeccoes localizadas da pele e do tecido subcutaneo	--
09/05/2016	J00	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	--
10/02/2017	B74	Filariose	10/02/2017
10/04/2017	B74	Filariose	10/04/2017
16/07/2018	B86	Escabiose [sarna]	--
10/01/2019	B49	Micose nao especificada	--
02/10/2020	Z29.8	Outras medidas profilaticas especificadas	--
18/12/2020	Z29.8	Outras medidas profilaticas especificadas	--
13/01/2022	Z29.8	Outras medidas profilaticas especificadas	--
08/02/2023	Z29.8	Outras medidas profilaticas especificadas	--

## SINAIS E SINTOMAS

Data Atendimento	Sinal ou Sintoma	Característica	Intensidade	Frequência	Data Encerramento
Dor	Nas articulações	--	--	--	

## IMUNIZAÇÃO

Data Atendimento	Tipo de Dose	Tipo Dose	Situação da Dose
21/02/2003	dT (Dupla tipo adulto)	ROTINAS	Vacinado
16/04/2003	Hepatite B	ROTINAS	Vacinado
16/04/2003	dT (Dupla tipo adulto)	ESPECIAIS	Vacinado
10/07/2003	Hepatite B	ESPECIAIS	Vacinado
10/07/2003	dT (Dupla tipo adulto)	HISTÓRICO	Vacinado
17/01/2004	Febre Amarela	ROTINAS	Vacinado
17/01/2004	Hepatite B	HISTÓRICO	Vacinado
01/09/2005	SCR (tríplice viral)	ROTINAS	Vacinado
06/05/2006	Varicela	--	Vacinado
31/07/2008	SCR (tríplice viral)	ESPECIAIS	Vacinado
31/07/2008	Pneumocócica 23 v	--	Vacinado

01/03/2013	dT (Dupla tipo adulto)	IMUNOGLOBULINAS	Vacinado
07/05/2014	Febre Amarela	IMUNOGLOBULINAS	Vacinado
07/03/2017	DTPa	ROTINAS	Vacinado
10/05/2017	Influenza Sazonal	--	Vacinado
18/05/2018	Influenza Sazonal	--	Vacinado
29/03/2023	Influenza Sazonal	--	Vacinado

### ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

Data Atendimento	Tipo de Consulta	Peso	Estatura(cm)	IMC
10/02/2017	1º Consulta	61.800	145.000	29.300
10/03/2017	1º Consulta	64.200	145.000	30.500
10/04/2017	Retorno	67.700	145.000	32.200
10/04/2017	1º Consulta	67.700	145.000	32.200

### ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

Data Atendimento	Má Formação	Necessidade de Prótese?		Uso de Prótese?	
		Superior	Inferior	Superior	Inferior
31/10/2018	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese

### GESTAÇÃO

D.U.M.	Data Provavel do Parto	Idade Gestacional	Peso Pré-Gestacional	Gemelar	Quant. Feto	Finalização	Data Finalização
06/05/2013	24/02/2014	37 Semanas		Não		Nascimento	22/01/2014
29/07/2016	05/05/2017	37 Semanas	64.200	Não	1	Nascimento	17/04/2017

### PCCU

Data Coleta	Data Resultado	Situação Amostra	Diagnóstico Descritivo
21/02/2023	27/08/2024		--
20/07/2024	27/08/2024		--