Ficha Detalhada

JOSÉ RIBEIRO JOANICO
Cartão SUS: 703 2056 9167 7699

Polo Base: BELÉM DO SOLIMÕES		**Aldeia:** BELÉM DO SOLIMÕES
Nº Residência: 0010-F		**Família:** 0014
Nome Pai:		**Nome Mãe:**
Data Nascimento: 02/05/1967	**Idade:**58 Ano(s), 2 Mes(es) e 0 Dia(s)	**Sexo:**Masculino
Peso ao Nascer:		**Deficiência Congenita:**Não

MORBIDADE

Data Atendimento	CID	Descrição	Data Encerramento
14/11/2018	L02	Abscesso cutaneo, furunculo e antraz	--
22/11/2023	M54.9	Dorsalgia nao especificada	--

IMUNIZAÇÃO

Data Atendimento	Tipo de Dose	Tipo Dose	Situação da Dose
08/08/2000	Febre Amarela	1ª	Vacinado
08/08/2000	Hepatite B	1ª	Vacinado
11/11/2000	Hepatite B	2ª	Vacinado
05/05/2001	Hepatite B	3ª	Vacinado
07/07/2003	Varicela	Única	Vacinado
05/05/2006	SCR (tríplice viral)	1ª	Vacinado
05/05/2006	Pneumocócica 23 v	Única	Vacinado
19/05/2012	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
21/11/2012	Febre Amarela	Reforço	Vacinado
09/05/2013	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
15/08/2013	dT (Dupla tipo adulto)	1ª	Vacinado
15/08/2013	SCR (tríplice viral)	2ª	Vacinado
07/05/2014	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
23/10/2015	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
05/05/2016	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
22/04/2017	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
23/04/2018	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
30/03/2019	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
08/06/2020	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
20/05/2021	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
10/05/2022	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
15/04/2023	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado

ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

Data Atendimento	Má Formação	Necessidade de Prótese?		Uso de Prótese?	
		Superior	Inferior	Superior	Inferior
05/01/2010	Não	Necessida	Necessida	Não usa	Não usa

		de de prótese parcial	de de prótese parcial	prótese	prótese
18/09/2019	Não	Sem nece ssidade de prótese	Sem nece ssidade de prótese	Uso de prótese parcial	Não usa prótese
16/11/2023	Não	Sem nece ssidade de prótese	Sem nece ssidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese