

## Ficha Detalhada

**ALMERIO RAMOS MANOEL**  
**Cartão SUS: 700 5087 6022 5459**

<b>Polo Base:</b> BELÉM DO SOLIMÕES		<b>Aldeia:</b> BELÉM DO SOLIMÕES	
<b>Nº Residência:</b> 0026-J		<b>Família:</b> 30	
<b>Nome Pai:</b>		<b>Nome Mãe:</b> ROSA MANOEL RAMOS	
<b>Data Nascimento:</b> 13/11/1995	<b>Idade:</b> 28 Ano(s), 9 Mes(es) e 14 Dia(s)	<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Peso ao Nascer:</b>		<b>Deficiência Congenita:</b> Não	

## MORBIDADE

Data Atendimento	CID	Descrição	Data Encerramento
01/06/2012	A09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	--
02/04/2016	A09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	--
16/08/2016	B82.9	Parasitose intestinal não especificada	--
26/09/2017	H10	Conjuntivite	--
01/01/2018	Q90	Síndrome de Down	--
01/01/2018	H10	Conjuntivite	--
19/01/2018	M79.6	Dor em membro	--
31/01/2019	R51	Cefaleia	--
31/01/2019	B82.9	Parasitose intestinal não especificada	--
25/04/2019	A09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	--
14/04/2020	A09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	--
13/05/2020	T78.4	Alergia não especificada	--
02/10/2020	Z29.8	Outras medidas profiláticas especificadas	--
30/03/2021	K20	Esofagite	--
11/06/2021	Z29.8	Outras medidas profiláticas especificadas	--
29/09/2021	A09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	--
29/09/2021	Z29.8	Outras medidas profiláticas especificadas	--
26/01/2022	Z29.8	Outras medidas profiláticas especificadas	--
24/05/2022	K29.7	Gastrite não especificada	--
18/08/2022	K29.7	Gastrite não especificada	--
02/12/2023	H10.3	Conjuntivite aguda não especificada	--

02/12/2023	R05	Tosse	--
------------	-----	-------	----

### IMUNIZAÇÃO

Data Atendimento	Tipo de Dose	Tipo Dose	Situação da Dose
05/12/1995	Hepatite B	ROTINAS	Vacinado
17/06/1996	Hepatite B	ESPECIAIS	Vacinado
23/04/1998	Hepatite B	HISTÓRICO	Vacinado
02/06/1998	Febre Amarela	ROTINAS	Vacinado
12/05/2001	SCR (tríplice viral)	ROTINAS	Vacinado
08/08/2001	Pneumocócica 23 v	--	Vacinado
23/11/2001	Varicela	--	Vacinado
08/07/2003	dT (Dupla tipo adulto)	ROTINAS	Vacinado
04/09/2005	SCR (tríplice viral)	ESPECIAIS	Vacinado
09/09/2005	dT (Dupla tipo adulto)	ESPECIAIS	Vacinado
09/09/2009	Febre Amarela	IMUNOGLOBULINAS	Vacinado
22/05/2012	Influenza Sazonal	--	Vacinado
11/04/2013	Influenza Sazonal	--	Vacinado
24/04/2014	Influenza Sazonal	--	Vacinado
01/05/2015	dT (Dupla tipo adulto)	HISTÓRICO	Vacinado
01/05/2015	Influenza Sazonal	--	Vacinado
27/04/2016	Influenza Sazonal	--	Vacinado
04/05/2017	Influenza Sazonal	--	Vacinado
10/05/2018	Influenza Sazonal	--	Vacinado
01/04/2019	Influenza Sazonal	--	Vacinado
05/05/2020	Influenza Sazonal	--	Vacinado
24/05/2021	Influenza Sazonal	--	Vacinado
24/05/2021	Influenza Sazonal	--	Vacinado
16/04/2023	Influenza Sazonal	--	Vacinado

### ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

Data Atendimento	Má Formação	Necessidade de Prótese?		Uso de Prótese?	
		Superior	Inferior	Superior	Inferior
13/12/2023	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese