### Ficha Detalhada

#### **DELFINA GASPAR DOROTEIO**

Cartão SUS: 704 0088 1037 6266

Polo Base: BELÉM DO SOLIMÕES		Aldeia: VERA CRUZ	
Nº Residência: 0011		Família: 001	
Nome Pai:		Nome Mãe:	
<b>Data Nascimento:</b> 09/09/1964	Idade:59 Ano(s)	), 11 Mes(es) e	Sexo:Feminino
	18 Dia(s)		
Peso ao Nascer:		<b>Deficiência Co</b>	ngenita:Não

#### **MORBIDADE**

Data Atendimento	CID	Descrição	Data Encerramento
01/11/2018	R50.9	Febre nao especificada	
15/03/2019	H60	Otite externa	
22/11/2019	R51	Cefaleia	
24/01/2022	M79.5	Corpo estranho residual	
		no tecido mole	
27/08/2022	M54	Dorsalgia	
29/12/2022	J00	Nasofaringite aguda	
		[resfriado comum]	
17/04/2023	Z01.6	Exame radiologico nao	
		classificado em outra	
		parte	
22/01/2024	M54.5	Dor lombar baixa	
05/02/2024	M79.6	Dor em membro	
29/04/2024	M25.5	Dor articular	

### **SINAIS E SINTOMAS**

Data	Sinal ou	Característica	Intensidade	Frequência	Data
Atendimento	Sintoma				Encerramento
Dor					

# **IMUNIZAÇÃO**

Data Atendimento	Tipo de Dose	Tipo Dose	Situação da Dose
09/09/1964	BCG		Vacinado
24/04/2005	Pneumocócica 23 v		Vacinado com
			Pneumocócica 23-v
29/04/2005	Febre Amarela		Vacinado
11/10/2007	Varicela	ROTINAS	Vacinado
28/07/2008	SCR (tríplice viral)	ROTINAS	Vacinado
04/12/2008	dT (Dupla tipo adulto)	ROTINAS	Vacinado
21/04/2009	SCR (tríplice viral)	ESPECIAIS	Vacinado
30/03/2010	INFLUENZA PANDÊMICA	ROTINAS	Vacinado
	(H1N1)		
06/05/2011	Influenza Sazonal		Vacinado
21/05/2012	Influenza Sazonal	-	Vacinado
21/04/2018	Influenza Sazonal	1	Vacinado
17/04/2023	Influenza Sazonal	1	Vacinado

## ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

Data Atendimento	Má Formação	Necessidade de Prótese?	Uso de Prótese? Superior Inferior
		Superior Inferior	-
28/02/2018	Não	Necessida Necessida de de de de prótese prótese total total	Uso de Uso de prótese prótese total total
08/10/2021	Não	Sem nece Sem nece ssidade de ssidade de prótese prótese	prótese prótese
15/07/2022	Não	Sem nece Sem nece ssidade de prótese prótese	Não usa Não usa prótese prótese