Ficha Detalhada

IBSON MURATU CONCEIÇÃO
Cartão SUS: 700 2044 1351 6527

Polo Base: BELÉM DO SOLIMÕES		**Aldeia:** BELÉM DO SOLIMÕES
Nº Residência: 0025-H		**Família:** 43
Nome Pai: DELCI MARQUES MANDUCA		**Nome Mãe:** AUCILEIA BIBIANO MURATU
Data Nascimento: 08/03/1993	**Idade:**32 Ano(s), 3 Mes(es) e 26 Dia(s)	**Sexo:**Masculino
Peso ao Nascer:		**Deficiência Congenita:**Não

MORBIDADE

Data Atendimento	CID	Descrição	Data Encerramento
05/08/2015	L20	Dermatite atopica	--
02/02/2017	R05	Tosse	--
12/03/2021	J00	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	12/03/2021
16/06/2021	Z29.8	Outras medidas profilaticas especificadas	--
07/01/2022	Z29.8	Outras medidas profilaticas especificadas	--
29/01/2022	R05	Tosse	--
18/07/2022	R50.9	Febre nao especificada	--

IMUNIZAÇÃO

Data Atendimento	Tipo de Dose	Tipo Dose	Situação da Dose
23/03/1995	Hepatite B	1ª	Vacinado
24/03/1995	VIP/VOP	1ª	Vacinado com VIP
24/03/1995	Febre Amarela	1ª	Vacinado
24/03/1995	DTP (tríplice bacteriana)	1ª	Vacinado com DTP
13/06/1995	Hepatite B	2ª	Vacinado
13/06/1995	DTP (tríplice bacteriana)	2ª	Vacinado com DTP
13/06/1995	VIP/VOP	2ª	Vacinado com VIP
03/12/1995	VIP/VOP	3ª	Vacinado com VIP
06/12/1995	Hepatite B	3ª	Vacinado
06/12/1995	DTP (tríplice bacteriana)	3ª	Vacinado com DTP
20/06/1996	VIP/VOP	Reforço	Vacinado com VOP
06/09/1997	DTP (tríplice bacteriana)	1º Reforço	Vacinado com DTP
30/08/2001	dT (Dupla tipo adulto)	1ª	Vacinado
30/08/2001	Pneumocócica 23 v	Única	Vacinado
30/10/2001	dT (Dupla tipo adulto)	2ª	Vacinado
11/01/2002	Varicela	Única	Vacinado
19/02/2008	SCR (tríplice viral)	1ª	Vacinado
19/05/2008	Febre Amarela	Reforço	Vacinado
19/02/2009	SCR (tríplice viral)	2ª	Vacinado
25/06/2011	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
17/05/2012	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
31/10/2012	dT (Dupla tipo adulto)	3ª	Vacinado
20/04/2013	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
24/04/2014	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado

06/05/2015	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
23/04/2016	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
26/04/2017	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
25/04/2018	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
27/03/2019	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
24/07/2020	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
26/05/2021	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
02/02/2023	dT (Dupla tipo adulto)	Reforço	Vacinado
29/03/2023	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado

ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

Data Atendimento	**Má Formação**	**Necessidade de Prótese?**		**Uso de Prótese?**	
		Superior	**Inferior**	**Superior**	**Inferior**
23/11/2019	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
07/10/2021	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
07/06/2022	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
09/04/2024	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
24/06/2025	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese