

## Ficha Detalhada

**CREZIA PEREIRA GALDENCIO**  
**Cartão SUS: 701 0098 8749 4596**

<b>Polo Base:</b> BELÉM DO SOLIMÕES		<b>Aldeia:</b> BELÉM DO SOLIMÕES	
<b>Nº Residência:</b> 0031-H		<b>Família:</b> 001	
<b>Nome Pai:</b> ADILBERTO DE ARAUJO RAMOS		<b>Nome Mãe:</b> TEREZA GASPAR PEREIRA	
<b>Data Nascimento:</b> 28/05/2003	<b>Idade:</b> 22 Ano(s), 1 Mes(es) e 11 Dia(s)	<b>Sexo:</b> Feminino	
<b>Peso ao Nascer:</b>		<b>Deficiência Congenita:</b> Não	

## MORBIDADE

Data Atendimento	CID	Descrição	Data Encerramento
20/09/2016	H10	Conjuntivite	--
02/01/2023	J03.9	Amigdalite aguda nao especificada	--

## IMUNIZAÇÃO

Data Atendimento	Tipo de Dose	Tipo Dose	Situação da Dose
11/07/2003	Hepatite B	1ª	Vacinado Hepatite
11/07/2003	BCG	Única	Vacinado
08/11/2003	VIP/VOP	1ª	Vacinado com VOP
08/11/2003	TETRAVALENTE	1ª	Vacinado com tetravalente
08/11/2003	Hepatite B	2ª	Vacinado Hepatite
28/06/2004	VIP/VOP	2ª	Vacinado com VOP
28/06/2004	Hepatite B	3ª	Vacinado Hepatite
13/04/2005	Febre Amarela	1ª	Vacinado
13/04/2005	SCR (tríplice viral)	1ª	Vacinado
13/04/2005	TETRAVALENTE	2ª	Vacinado com tetravalente
13/04/2005	VIP/VOP	3ª	Vacinado com VOP
04/09/2005	Influenza Sazonal	1ª	Vacinado
04/09/2005	TETRAVALENTE	3ª	Vacinado com tetravalente
04/09/2005	VIP/VOP	Reforço	Vacinado com VOP
08/05/2006	Influenza Sazonal	2ª	Vacinado
08/05/2006	VIP/VOP	Campanha	Vacinado com VOP
08/05/2006	Varicela	Única	Vacinado
08/05/2006	DTP (tríplice bacteriana)	1º Reforço	Vacinado
07/05/2007	Pneumocócica 23 v	Única	Vacinado com Pneumocócica 23-v
20/06/2007	DTP (tríplice bacteriana)	2º Reforço	Vacinado com DTP
01/12/2007	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
01/05/2008	SCR (tríplice viral)	2ª	Vacinado
01/05/2008	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
07/05/2009	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
07/05/2011	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
15/06/2012	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
11/03/2014	HPV	1ª	Vacinado

16/10/2014	HPV	2ª	Vacinado
29/01/2016	Febre Amarela	Reforço	Vacinado
01/12/2016	dT (Dupla tipo adulto)	1ª	Vacinado
01/12/2016	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
17/01/2017	Meningocócica C	1ª	Vacinado
09/05/2017	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
06/06/2019	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
10/09/2021	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado
27/03/2023	Influenza Sazonal	Anual	Vacinado

### ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

Data Atendimento	Má Formação	Necessidade de Prótese?		Uso de Prótese?	
		Superior	Inferior	Superior	Inferior
07/06/2018	Não	Sem necessidade de prótese	Necessidade de prótese total	Uso de prótese parcial	Uso de prótese total
11/10/2019	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Uso de prótese parcial	Não usa prótese
24/09/2021	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
13/04/2022	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
12/12/2023	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese