

## Ficha Detalhada

**ANIZIO RAMOS FABÁ****Cartão SUS: 706 9021 6431 2231**

<b>Polo Base:</b> BELÉM DO SOLIMÕES		<b>Aldeia:</b> NOVA JORDÂNIA	
<b>Nº Residência:</b> 0008		<b>Família:</b> 008	
<b>Nome Pai:</b> FRANCISCO CUSTODIO FABÁ		<b>Nome Mãe:</b> MARIA SANTIAGO RAMOS	
<b>Data Nascimento:</b> 03/03/1997	<b>Idade:</b> 27 Ano(s), 5 Mes(es) e 24 Dia(s)	<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Peso ao Nascer:</b>		<b>Deficiência Congenita:</b> Não	

**MORBIDADE**

Data Atendimento	CID	Descrição	Data Encerramento
10/10/2012	L50	Urticaria	--
10/02/2017	R59	Aumento de volume dos ganglios linfaticos	--
06/09/2019	K29.1	Outras gastrites agudas	--
08/01/2022	Z29.8	Outras medidas profilaticas especificadas	--

**IMUNIZAÇÃO**

Data Atendimento	Tipo de Dose	Tipo Dose	Situação da Dose
06/02/1998	Hepatite B	ROTINAS	Vacinado
06/02/1998	Febre Amarela	ROTINAS	Vacinado
25/04/2000	Hepatite B	ESPECIAIS	Vacinado
25/04/2000	BCG	--	Vacinado
01/08/2001	SCR (tríplice viral)	ROTINAS	Vacinado
01/08/2001	Hepatite B	HISTÓRICO	Vacinado
01/08/2001	Pneumocócica 23 v	--	Vacinado
10/12/2001	Varicela	--	Vacinado
29/11/2008	SCR (tríplice viral)	ESPECIAIS	Vacinado
29/11/2008	Febre Amarela	IMUNOGLOBULINAS	Vacinado
04/07/2009	dT (Dupla tipo adulto)	ROTINAS	Vacinado
21/05/2012	Influenza Sazonal	--	Vacinado
20/05/2013	Influenza Sazonal	--	Vacinado
13/03/2019	dT (Dupla tipo adulto)	ESPECIAIS	Vacinado
02/04/2020	SCR (tríplice viral)	HISTÓRICO	Vacinado
24/03/2023	Influenza Sazonal	--	Vacinado

**ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL**

Data Atendimento	Má Formação	Necessidade de Prótese?		Uso de Prótese?	
		Superior	Inferior	Superior	Inferior
06/08/2019	Não	Necessida de prótese parcial	Necessida de prótese parcial	Não usa prótese	Não usa prótese
06/01/2022	Não	Sem nece	Sem nece	Não usa	Não usa

## Painel Siasi

---

		ssidade de prótese	ssidade de prótese	prótese	prótese
04/04/2023	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese