

## Ficha Detalhada

**JAIR DA SILVA GUEDES****Cartão SUS: 704 7085 0281 3340**

<b>Polo Base:</b> BELÉM DO SOLIMÕES		<b>Aldeia:</b> BELÉM DO SOLIMÕES	
<b>Nº Residência:</b> 0002-M		<b>Família:</b> 001	
<b>Nome Pai:</b> CARLITINHO DOS SANTOS		<b>Nome Mãe:</b> LOURDES DA SILVA	
<b>Data Nascimento:</b> 02/12/1982	<b>Idade:</b> 41 Ano(s), 8 Mes(es) e 25 Dia(s)	<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Peso ao Nascer:</b>		<b>Deficiência Congenita:</b> Não	

**MORBIDADE**

<b>Data Atendimento</b>	<b>CID</b>	<b>Descrição</b>	<b>Data Encerramento</b>
21/03/2017	L21.0	Seborreia do couro cabeludo	--
26/01/2018	B74	Filariose	26/01/2018
26/01/2018	R51	Cefaleia	--
10/09/2019	B30.8	Outras conjuntivites virais (H13.1*)	--
02/06/2023	R10	Dor abdominal e pelvica	--

**IMUNIZAÇÃO**

<b>Data Atendimento</b>	<b>Tipo de Dose</b>	<b>Tipo Dose</b>	<b>Situação da Dose</b>
20/07/1984	DTP (tríplice bacteriana)	ROTINAS	Vacinado com DTP
03/04/1988	DTP (tríplice bacteriana)	ESPECIAIS	Vacinado com DTP
11/05/1999	Febre Amarela	--	Vacinado
11/01/2000	Hepatite B	ROTINAS	Vacinado Hepatite
04/04/2000	dT (Dupla tipo adulto)	ROTINAS	Vacinado
04/04/2000	Hepatite B	ESPECIAIS	Vacinado Hepatite
09/09/2000	Hepatite B	HISTÓRICO	Vacinado Hepatite
01/08/2001	Pneumocócica 23 v	--	Vacinado com Pneumocócica 23-v
22/11/2001	Varicela	ROTINAS	Vacinado
22/06/2009	SCR (tríplice viral)	ROTINAS	Vacinado
15/06/2011	Influenza Sazonal	--	Vacinado
10/05/2012	Febre Amarela	IMUNOGLOBULINAS	Vacinado
10/05/2012	Influenza Sazonal	--	Vacinado
26/03/2013	dT (Dupla tipo adulto)	ESPECIAIS	Vacinado
26/03/2013	SCR (tríplice viral)	ESPECIAIS	Vacinado
29/04/2014	Influenza Sazonal	--	Vacinado
28/04/2015	Influenza Sazonal	--	Vacinado
02/05/2016	Influenza Sazonal	--	Vacinado
25/04/2017	Influenza Sazonal	--	Vacinado
26/04/2018	Influenza Sazonal	--	Vacinado
30/03/2019	Influenza Sazonal	--	Vacinado
18/05/2020	Influenza Sazonal	--	Vacinado
22/05/2021	Influenza Sazonal	--	Vacinado
08/05/2022	Influenza Sazonal	--	Vacinado
27/01/2023	dT (Dupla tipo adulto)	HISTÓRICO	Vacinado
30/03/2023	Influenza Sazonal	--	Vacinado

**ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL**

<b>Data Atendimento</b>	<b>Má Formação</b>	<b>Necessidade de Prótese?</b>		<b>Uso de Prótese?</b>	
		<b>Superior</b>	<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>	<b>Inferior</b>
09/10/2018	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
02/08/2021	Não	Necessidade de prótese parcial	Necessidade de prótese parcial	Uso de prótese parcial	Uso de prótese parcial
04/07/2022	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
10/11/2023	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese