

## Ficha Detalhada

**ROBERTO PORFIRIO PEREIRA**  
**Cartão SUS: 700 0013 7920 3508**

<b>Polo Base:</b> BELÉM DO SOLIMÕES		<b>Aldeia:</b> BELÉM DO SOLIMÕES	
<b>Nº Residência:</b> 0002-E		<b>Família:</b> 001	
<b>Nome Pai:</b> ARMANDO PEREIRA		<b>Nome Mãe:</b> DEUZUITA PORFIRIO TOMAZ	
<b>Data Nascimento:</b> 11/05/1981	<b>Idade:</b> 43 Ano(s), 3 Mes(es) e 16 Dia(s)	<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Peso ao Nascer:</b>		<b>Deficiência Congenita:</b> Não	

## MORBIDADE

Data Atendimento	CID	Descrição	Data Encerramento
28/12/2018	A53.9	Sífilis não especificada	--
11/05/2019	N39.0	Infecção do trato urinário de localização não especificada	--
02/10/2020	Z29.8	Outras medidas profiláticas especificadas	--
05/07/2021	Z29.8	Outras medidas profiláticas especificadas	--
22/02/2023	Z29.8	Outras medidas profiláticas especificadas	--

## IMUNIZAÇÃO

Data Atendimento	Tipo de Dose	Tipo Dose	Situação da Dose
10/10/1983	BCG	--	Vacinado
24/03/1995	Febre Amarela	ROTINAS	Vacinado
06/06/1996	dT (Dupla tipo adulto)	ROTINAS	Vacinado
08/08/1999	Hepatite B	ROTINAS	Vacinado
08/08/1999	dT (Dupla tipo adulto)	ESPECIAIS	Vacinado
02/02/2002	SCR (tríplice viral)	ROTINAS	Vacinado
02/02/2002	dT (Dupla tipo adulto)	HISTÓRICO	Vacinado
22/02/2002	Varicela	--	Vacinado
12/12/2002	Hepatite B	ESPECIAIS	Vacinado
07/07/2003	Hepatite B	HISTÓRICO	Vacinado
22/03/2007	Pneumocócica 23 v	--	Vacinado
04/05/2007	Febre Amarela	IMUNOGLOBULINAS	Vacinado
06/05/2015	dT (Dupla tipo adulto)	IMUNOGLOBULINAS	Vacinado
06/05/2015	Influenza Sazonal	--	Vacinado
21/06/2016	Influenza Sazonal	--	Vacinado
11/05/2017	Influenza Sazonal	--	Vacinado
09/05/2018	Influenza Sazonal	--	Vacinado
22/11/2019	Influenza Sazonal	--	Vacinado
09/03/2020	RAIVA HUMANA	--	Vacinado
12/03/2020	RAIVA HUMANA	--	Vacinado
16/03/2020	RAIVA HUMANA	--	Vacinado
26/03/2020	SCR (tríplice viral)	ESPECIAIS	Vacinado
26/03/2020	RAIVA HUMANA	--	Vacinado
08/07/2020	Influenza Sazonal	--	Vacinado

---

10/05/2022	Influenza Sazonal	--	Vacinado
30/11/2022	SCR (tríplice viral)	HISTÓRICO	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>
12/10/2018	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
06/12/2022	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese