

## Ficha Detalhada

**MANOEL PEREIRA CRUZ****Cartão SUS: --**

<b>Polo Base:</b> BELÉM DO SOLIMÕES		<b>Aldeia:</b> BELÉM DO SOLIMÕES	
<b>Nº Residência:</b> 0027-B		<b>Família:</b> 051	
<b>Nome Pai:</b>		<b>Nome Mãe:</b>	
<b>Data Nascimento:</b> 04/05/1972	<b>Idade:</b> 52 Ano(s), 3 Mes(es) e 23 Dia(s)	<b>Sexo:</b> Masculino	
<b>Peso ao Nascer:</b>		<b>Deficiência Congenita:--</b>	

**MORBIDADE**

<b>Data Atendimento</b>	<b>CID</b>	<b>Descrição</b>	<b>Data Encerramento</b>
11/09/2018	L00	Síndrome da pele escaldada estafilocócica do recém-nascido	--
29/01/2021	R10.1	Dor localizada no abdome superior	--
16/06/2021	Z29.8	Outras medidas profiláticas especificadas	--
13/01/2022	Z29.8	Outras medidas profiláticas especificadas	--

**IMUNIZAÇÃO**

<b>Data Atendimento</b>	<b>Tipo de Dose</b>	<b>Tipo Dose</b>	<b>Situação da Dose</b>
13/02/2002	Febre Amarela	ROTINAS	Vacinado
13/04/2002	dT (Dupla tipo adulto)	ROTINAS	Vacinado
13/04/2002	Hepatite B	ROTINAS	Vacinado
26/08/2002	dT (Dupla tipo adulto)	ESPECIAIS	Vacinado
24/07/2003	SCR (tríplice viral)	ROTINAS	Vacinado
28/10/2006	Hepatite B	ESPECIAIS	Vacinado
28/10/2006	dT (Dupla tipo adulto)	HISTÓRICO	Vacinado
28/10/2006	dT (Dupla tipo adulto)	IMUNOGLOBULINAS	Vacinado
21/01/2007	Hepatite B	HISTÓRICO	Vacinado
24/07/2008	Pneumocócica 23 v	--	Vacinado
24/07/2008	Varicela	--	Vacinado
01/05/2009	SCR (tríplice viral)	ESPECIAIS	Vacinado
19/06/2010	dT (Dupla tipo adulto)	--	Vacinado
26/04/2011	Influenza Sazonal	--	Vacinado
08/05/2012	Febre Amarela	IMUNOGLOBULINAS	Vacinado
08/05/2012	Influenza Sazonal	--	Vacinado
26/04/2013	Influenza Sazonal	--	Vacinado
05/05/2015	Influenza Sazonal	--	Vacinado
26/04/2016	Influenza Sazonal	--	Vacinado
27/04/2017	Influenza Sazonal	--	Vacinado
05/05/2018	Influenza Sazonal	--	Vacinado
05/04/2019	Influenza Sazonal	--	Vacinado
25/05/2020	Influenza Sazonal	--	Vacinado
25/05/2020	dT (Dupla tipo adulto)	--	Vacinado
21/05/2021	Influenza Sazonal	--	Vacinado

07/05/2022	Influenza Sazonal	--	Vacinado
03/04/2023	Influenza Sazonal	--	Vacinado
03/04/2023	Influenza Sazonal	--	Vacinado

### ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

Data Atendimento	Má Formação	Necessidade de Prótese?		Uso de Prótese?	
		Superior	Inferior	Superior	Inferior
22/08/2016	Não	Necessidade de prótese parcial	Necessidade de prótese parcial	Não usa prótese	Não usa prótese
10/01/2022	Não	Necessidade de prótese parcial	Necessidade de prótese parcial	Não usa prótese	Não usa prótese
10/11/2023	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese