

## Ficha Detalhada

**NIKSON REINA MURAYARI****Cartão SUS: --**

<b>Polo Base:</b> BELÉM DO SOLIMÕES		<b>Aldeia:</b> BELÉM DO SOLIMÕES	
<b>Nº Residência:</b> 0026-B		<b>Família:</b> 070	
<b>Nome Pai:</b> ADILBERTO DE ARAUJO RAMOS		<b>Nome Mãe:</b> GLORIA REINA	
<b>Data Nascimento:</b> 28/10/1978	<b>Idade:</b> 45 Ano(s), 9 Mes(es) e 30 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>
11/12/2020	Z29.8	Outras medidas profiláticas especificadas	--
15/06/2021	Z29.8	Outras medidas profiláticas especificadas	--
06/12/2021	M54.5	Dor lombar baixa	--
07/01/2022	Z29.8	Outras medidas profiláticas especificadas	--
13/01/2022	Z29.8	Outras medidas profiláticas especificadas	--
29/12/2022	Z29.8	Outras medidas profiláticas especificadas	--
04/09/2023	X20	Contato com serpentes e lagartos venenosos	04/09/2023
30/01/2024	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>
06/04/2011	Influenza Sazonal	--	Vacinado
16/08/2011	Febre Amarela	ROTINAS	Vacinado
16/08/2011	Hepatite B	ROTINAS	Vacinado
16/08/2011	SCR (tríplice viral)	ROTINAS	Vacinado
16/08/2011	dT (Dupla tipo adulto)	ROTINAS	Vacinado
16/08/2011	Varicela	--	Vacinado
16/08/2011	Pneumocócica 23 v	--	Vacinado
16/10/2011	dT (Dupla tipo adulto)	ESPECIAIS	Vacinado
21/01/2012	SCR (tríplice viral)	ESPECIAIS	Vacinado
24/06/2013	Hepatite B	ESPECIAIS	Vacinado
24/06/2013	Influenza Sazonal	--	Vacinado
22/07/2013	Hepatite B	HISTÓRICO	Vacinado
22/07/2013	dT (Dupla tipo adulto)	HISTÓRICO	Vacinado
27/05/2014	Influenza Sazonal	--	Vacinado
08/05/2015	Influenza Sazonal	--	Vacinado
06/06/2016	Influenza Sazonal	--	Vacinado
10/07/2018	Influenza Sazonal	--	Vacinado
04/05/2019	Influenza Sazonal	--	Vacinado
25/05/2020	Influenza Sazonal	--	Vacinado

---

21/05/2021	Influenza Sazonal	--	Vacinado
04/06/2022	Influenza Sazonal	--	Vacinado
03/04/2023	Influenza Sazonal	--	Vacinado
03/04/2023	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>
17/01/2024	Não	Necessida de de prótese parcial	Necessida de de prótese parcial	Não usa prótese	Não usa prótese