

## Ficha Detalhada

**LAMIX GUEDES TAVANA****Cartão SUS: --**

<b>Polo Base:</b> BELÉM DO SOLIMÕES		<b>Aldeia:</b> BELÉM DO SOLIMÕES	
<b>Nº Residência:</b> 0023-D		<b>Família:</b> 34	
<b>Nome Pai:</b> MANOEL DO CARMO TAVANA		<b>Nome Mãe:</b> MARQUIZETE TAUANA GUEDES	
<b>Data Nascimento:</b> 09/11/1998	<b>Idade:</b> 25 Ano(s), 9 Mes(es) e 18 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>
03/03/2017	B35.4	Tinha do corpo	--
13/09/2017	A63.0	Verrugas anogenitais (venereas)	--
12/09/2018	R36	Secrecao uretral	--
18/09/2018	B77.9	Ascaridíase não especificada	--
23/07/2021	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>
11/08/1999	Hepatite B	ROTINAS	Vacinado
09/04/2000	Hepatite B	ESPECIAIS	Vacinado
08/08/2000	Hepatite B	HISTÓRICO	Vacinado
08/11/2000	DTP (tríplice bacteriana)	ROTINAS	Vacinado com DTP
12/05/2001	SCR (tríplice viral)	ROTINAS	Vacinado
30/08/2001	Pneumocócica 23 v	--	Vacinado
21/11/2001	Varicela	--	Vacinado
09/12/2002	DTP (tríplice bacteriana)	ESPECIAIS	Vacinado com DTP
14/02/2004	SCR (tríplice viral)	ESPECIAIS	Vacinado
23/05/2007	Influenza Sazonal	ROTINAS	Vacinado
17/11/2009	Febre Amarela	IMUNOGLOBULINAS	Vacinado
19/03/2010	INFLUENZA PANDÊMICA (H1N1)	--	Vacinado
04/11/2010	dT (Dupla tipo adulto)	ROTINAS	Vacinado
26/04/2011	Influenza Sazonal	ESPECIAIS	Vacinado
05/05/2012	Influenza Sazonal	--	Vacinado
14/05/2013	Influenza Sazonal	--	Vacinado
16/04/2014	Influenza Sazonal	--	Vacinado
29/05/2015	Influenza Sazonal	--	Vacinado
20/04/2016	Influenza Sazonal	--	Vacinado
23/05/2017	Influenza Sazonal	--	Vacinado
22/08/2017	HPV	--	Vacinado
23/03/2018	HPV	--	Vacinado
05/04/2019	Influenza Sazonal	--	Vacinado
27/03/2020	SCR (tríplice viral)	HISTÓRICO	Vacinado
27/03/2020	dT (Dupla tipo adulto)	IMUNOGLOBULINAS	Vacinado

---

22/05/2020	Influenza Sazonal	--	Vacinado
25/05/2021	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>
06/10/2021	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese
16/05/2022	Não	Sem necessidade de prótese	Sem necessidade de prótese	Não usa prótese	Não usa prótese