

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
"RICARDO GUMBLETON DAUNT"

8600-9

NOME **ALEXANDRE RAMOS DA SILVA**

FILIAÇÃO
CÍCERO RAMOS DA SILVA

CICERA SILVA DOS SANTOS

DATA NASCIMENTO **22/07/2009** ORGÃO EXPEDIDOR **SSP-SP** FATOR RH

NATURALIDADE
GUARULHOS - SP

OBSERVAÇÃO

4F703676

Alexandre Ramos da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116, DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF **469073698/77** DNI

REGISTRO GERAL **56.278.752-5** 2 via DATA DE EXPEDIÇÃO **05/10/2021**

REGISTRO CIVIL
GUARULHOS-SP 1.SUBDISTRITO CN:LV.1106/FLSº08V/N.635588

T. ELEITOR CTPS SÉRIE UF

NIS/PIS/PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR

CNS

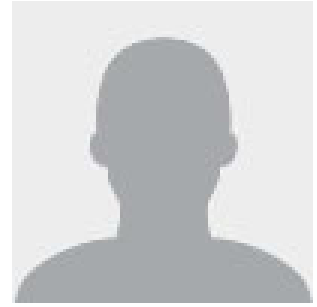
Mitsuki Yamamoto
Delegado de Polícia Divisionário IIRGD.SSP.SP
ASSINATURA DO DIRETOR

POLEGAR DIREITO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Ficha de Cadastro

Nome completo: ALEXANDRE RAMOS DA SILVA
Clube: FORTALEZA REAL
Região: 2º REGIÃO - DESB
Igreja: JD. FORTALEZA
Distrito: CIDADE SOBERANA
Campo: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE
Função: DESBRAVADOR
Data de nascimento: 22/07/2009
Idade: 15
Estado civil: SOLTEIRO
Sexo: MASCULINO
Certidão de nascimento:
RG: 562787525 SSP-SP
CPF: 46907369877
CPF do responsável:
Telefone:
Celular: 11957805109
E-mail: RAMOSDASILVAALEXANDRE562@GMAIL.COM
Endereço: RUA SERAFINA REIS MARTELO, 63
Bairro: JARDIM FORTALEZA
CEP: 07153540
Cidade: GUARULHOS
Estado: SÃO PAULO
Tamanho da camiseta: ADULTO GG
Batizado: N
Nome do pai: CÍCERO RAMOS DA SILVA
E-mail do pai:
Telefone do pai:
Nome da mãe: CICERA SILVA DOS SANTOS
E-mail da mãe: RAMOSCICERA897@GMAIL.COM
Telefone da mãe: 11961790129
Nome do responsável: CICERA SILVA DOS SANTOS (MÃE)
E-mail do responsável: RAMOSCICERA897@GMAIL.COM
Cadastrado em: 13/10/2024 08:16:06
Status seguro: S.G.C | FORTALEZA REAL APV (13/10/2024 -> 31/12/2024)
Ativo: S

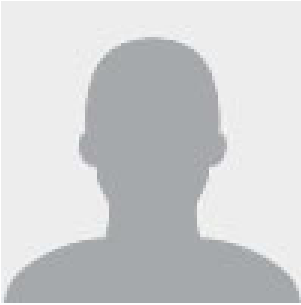


Ficha médica

Nome completo:	ALEXANDRE RAMOS DA SILVA		
Função:	DESBRAVADOR		
Data de nascimento:	22/07/2009	Idade:	15
Sexo:	MASCULINO	Estado civil:	SOLTEIRO
Certidão de nascimento:			
RG:	562787525 SSP-SP	CPF:	46907369877
Plano de saúde:	NÃO	Nome do plano:	
Carteira nacional de saúde:	704700713196832		
Catapora:	SIM	H1N1:	NÃO
Catapora:	SIM	Covid-19:	NÃO
Meningite:	NÃO	Cólera:	NÃO
Hepatite:	NÃO	Rubéola:	NÃO
Dengue:	NÃO	Sarampo:	NÃO
Pneumonia:	NÃO	Tétano:	NÃO
Malária:	NÃO	Varíola:	NÃO
Febre amarela:	NÃO	Coqueluche:	NÃO
Caxumba:	NÃO	Difteria:	NÃO
Transfusão de sangue:	NÃO	Renite:	NÃO
Alergia na pele:	NÃO	Bronquite:	NÃO
Alergia alimentar:	NÃO	Deficiente físico:	NÃO
Alergia a algum medicamento:	NÃO	Deficiente visual:	NÃO
Deficiência na fala:	NÃO	Deficiente auditivo:	NÃO
Problemas cardíacos:	NÃO	Remédios para cardíacos:	
Diabético:	NÃO	Remédios para diabetes:	
Problemas renais:	NÃO	Remédios para renais:	
Problemas psicológicos:	NÃO	Remédios/psicológicos:	
Outros problemas:		Outros medicamentos:	
Problemas recente:		Medicamentos recentes:	
Alergias:		Remédios/alergias:	
Ferimento grave recente:		Tipo de fratura recente:	
Tempo imobilizado:		Passou por cirurgias:	
Motivo de internação:		Tipo sanguíneo:	A+

Ficha de Cadastro

Nome completo: JOAO VICTOR DOS SANTOS ROCHA
Clube: FORTALEZA REAL
Região: 2º REGIÃO - DESB
Igreja: JD. FORTALEZA
Distrito: CIDADE SOBERANA
Campo: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE
Função: SECRETARIO DE UNIDADE
Data de nascimento: 10/07/2014
Idade: 10
Estado civil: SOLTEIRO
Sexo: MASCULINO
Certidão de nascimento: 306305323-8
RG: 63508577-X 706276
CPF: 58444540811
CPF do responsável: 11966815458
Telefone: 11966815458
Celular: 11966815458
E-mail: LUCIENESANTOSROCHA@BOL.COM.BR
Endereço: RUA KAZUKO FUJII CHIMIZU N 287
Bairro: JARDIM FORTALEZA
CEP: 07153120
Cidade: GUARULHOS
Estado: SÃO PAULO
Tamanho da camiseta: ADULTO P
Batizado: S
Nome do pai: JOAO DOS SANTOS SILVA
E-mail do pai:
Telefone do pai: 11962262277
Nome da mãe: LUCIENE DOS SANTOS ROCHA
E-mail da mãe: LUCIENESANTOSROCHA@BOL.COM.BR
Telefone da mãe: 11966815458
Nome do responsável: LUCIENE DOS SANTOS ROCHA (MAE)
E-mail do responsável: LUCIENESANTOSROCHA@BOL.COM.BR
Cadastrado em: 10/09/2024 20:51:12
Status seguro: S.G.C | FORTALEZA REAL APV (10/9/2024 -> 31/12/2024)
Ativo: S



Ficha médica

Nome completo:	JOAO VICTOR DOS SANTOS ROCHA		
Função:	SECRETARIO DE UNIDADE		
Data de nascimento:	10/07/2014	Idade:	10
Sexo:	MASCULINO	Estado civil:	SOLTEIRO
Certidão de nascimento:	306305323-8		
RG:	63508577-X 706276	CPF:	58444540811
Plano de saúde:	SIM	Nome do plano:	UNIMEDE NOTRIDAMME
Carteira nacional de saúde:	14048174000252971010156		
Catapora:	NÃO	H1N1:	NÃO
Catapora:	NÃO	Covid-19:	NÃO
Meningite:	NÃO	Cólera:	NÃO
Hepatite:	NÃO	Rubéola:	NÃO
Dengue:	NÃO	Sarampo:	NÃO
Pneumonia:	NÃO	Tétano:	NÃO
Malária:	NÃO	Varíola:	NÃO
Febre amarela:	NÃO	Coqueluche:	NÃO
Caxumba:	NÃO	Difteria:	NÃO
Transfusão de sangue:	NÃO	Renite:	SIM
Alergia na pele:	NÃO	Bronquite:	NÃO
Alergia alimentar:	NÃO	Deficiente físico:	NÃO
Alergia a algum medicamento:	NÃO	Deficiente visual:	NÃO
Deficiência na fala:	NÃO	Deficiente auditivo:	NÃO
Problemas cardíacos:	NÃO	Remédios para cardíacos:	
Diabético:	NÃO	Remédios para diabetes:	
Problemas renais:	NÃO	Remédios para renais:	
Problemas psicológicos:	NÃO	Remédios/psicológicos:	
Outros problemas:		Outros medicamentos:	
Problemas recente:		Medicamentos recentes:	
Alergias:	PICADA DE MOSQUITO	Remédios/alergias:	
Ferimento grave recente:		Tipo de fratura recente:	
Tempo imobilizado:		Passou por cirurgias:	
Motivo de internação:		Tipo sanguíneo:	A+

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

7032016689621394

SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

898 0012 4701 0858

Nome: *Kauã Soares de Lima*

Data de Nascimento: *06/03/04*

Sexo: *M.* Data de emissão: *23/06/05*

Município de residência: *Guarulhos SP*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

6600-9

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
RICARDO GUMBLETON DAUNT

NOME: **KAUÃ SOARES DE LIMA**

FILIAÇÃO: JOSE EDIVAN GOMES DE LIMA

MARLUCE DE GOES SOARES

DATA NASCIMENTO: **06/03/2004** ORGÃO EXPEDIDOR: SSP-SP FATOR RH:

NATURALIDADE: GUARULHOS - SP

OBSERVAÇÃO:

64366179 *Kauã Soares de Lima*
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NÃO PLASTIFICAR

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF: 471502048/30 DNI: 57.665.844-3 2 via DATA DE EXPEDIÇÃO: 06/04/2022

REGISTRO GERAL: 57.665.844-3 2 via DATA DE EXPEDIÇÃO: 06/04/2022

REGISTRO CIVIL: GUARULHOS-SP GUARULHOS CN: LV A933/FLS.243V/N.532604

T. ELEITOR CTPS SÉRIE UF

NIS/PIS/PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR CNH

CNS: 898001247010858

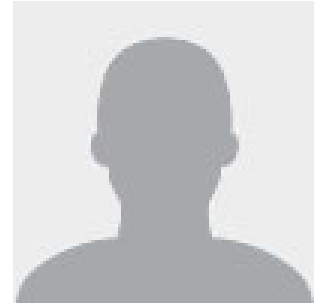
Delegado de Polícia Divisão de Identificação SSP-SP
Mônica Penamanga
ASSINATURA DO DIRETOR

POLEGAR DIRETO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Ficha de Cadastro

Nome completo: **KAUÃ SOARES DE LIMA**
Clube: **FORTALEZA REAL**
Região: **2º REGIÃO - DESB**
Igreja: **JD. FORTALEZA**
Distrito: **CIDADE SOBERANA**
Campo: **ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE**
Função: **CONSELHEIRO**
Data de nascimento: **06/01/2004**
Idade: **20**
Estado civil: **SOLTEIRO**
Sexo: **MASCULINO**
Certidão de nascimento:
RG:
CPF: **47150204830**
CPF do responsável:
Telefone:
Celular: **988305031**
E-mail:
Endereço: **RUA WANDERLEI GONÇALVES DA ROCHA**
Bairro: **JARDIM FORTALEZA**
CEP: **07154-030**
Cidade: **GUARULHOS**
Estado: **SÃO PAULO**
Tamanho da camiseta: **ADULTO G**
Batizado: **S**
Nome do pai: **JOSÉ EDIVAM GOMES DE LIMA**
E-mail do pai:
Telefone do pai:
Nome da mãe: **MARLUCE DE GOES SOARES**
E-mail da mãe:
Telefone da mãe:
Nome do responsável: **MARLUCE DE GOES SOARES (MÃE)**
E-mail do responsável:
Cadastrado em: **31/01/2022 16:29:06**
Status seguro: **S.G.C | PONTE GRANDE APV (27/6/2024 -> 31/12/2024)**
Ativo: **S**

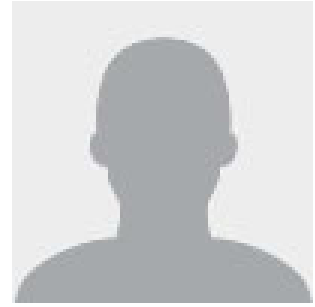


Ficha médica

Nome completo:	KAUÃ SOARES DE LIMA		
Função:	CONSELHEIRO		
Data de nascimento:	06/01/2004	Idade:	20
Sexo:	MASCULINO	Estado civil:	SOLTEIRO
Certidão de nascimento:		CPF:	47150204830
RG:		Nome do plano:	
Plano de saúde:	NÃO		
Carteira nacional de saúde:			
Catapora:	SIM	H1N1:	NÃO
Catapora:	SIM	Covid-19:	NÃO
Meningite:	SIM	Cólera:	NÃO
Hepatite:	NÃO	Rubéola:	NÃO
Dengue:	NÃO	Sarampo:	NÃO
Pneumonia:	NÃO	Tétano:	NÃO
Malária:	NÃO	Varíola:	NÃO
Febre amarela:	NÃO	Coqueluche:	NÃO
Caxumba:	NÃO	Difteria:	NÃO
Transfusão de sangue:	NÃO	Renite:	NÃO
Alergia na pele:	NÃO	Bronquite:	NÃO
Alergia alimentar:	NÃO	Deficiente físico:	NÃO
Alergia a algum medicamento:	NÃO	Deficiente visual:	NÃO
Deficiência na fala:	NÃO	Deficiente auditivo:	NÃO
Problemas cardíacos:	NÃO	Remédios para cardíacos:	
Diabético:	NÃO	Remédios para diabetes:	
Problemas renais:	NÃO	Remédios para renais:	
Problemas psicológicos:	NÃO	Remédios/psicológicos:	
Outros problemas:		Outros medicamentos:	
Problemas recente:		Medicamentos recentes:	
Alergias:	INSETOS	Remédios/alergias:	
Ferimento grave recente:		Tipo de fratura recente:	
Tempo imobilizado:		Passou por cirurgias:	
Motivo de internação:		Tipo sanguíneo:	NÃO SABE

Ficha de Cadastro

Nome completo: **LUCIENE DOS SANTOS ROCHA**
Clube: **FORTALEZA REAL**
Região: **2º REGIÃO - DESB**
Igreja: **JD. FORTALEZA**
Distrito: **CIDADE SOBERANA**
Campo: **ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE**
Função: **SECRETÁRIO DO CLUBE**
Data de nascimento: **08/05/1981**
Idade: **43**
Estado civil: **CASADO**
Sexo: **FEMININO**
Certidão de nascimento: **375095822 SSP**
RG: **95375813572**
CPF: **11966815458**
CPF do responsável: **11966815458**
Telefone: **11966815458**
Celular: **LUCIENESANTOSROCHA930@GMAIL.COM**
E-mail: **RUA KAZUKO FUJII CHIMIZU 287**
Endereço: **JARDIM FORTALEZA**
Bairro: **07153120**
CEP: **GUARULHOS**
Cidade: **SÃO PAULO**
Estado: **ADULTO G**
Tamanho da camiseta: **S**
Batizado: **ALCIDES DE OLIVEIRA ROCHA**
Nome do pai: **TEODOLINA DOS SANTOS ROCHA**
E-mail do pai: **()**
Telefone do pai: **16/06/2024 15:30:30**
Nome da mãe: **S.G.C | FORTALEZA REAL APV (31/1/2024 -> 31/12/2024)**
E-mail da mãe: **S**
Telefone da mãe: **S**
Nome do responsável: **S**
E-mail do responsável: **S**
Cadastrado em: **S**
Status seguro: **S**
Ativo: **S**



Ficha médica

Nome completo:	LUCIENE DOS SANTOS ROCHA		
Função:	SECRETÁRIO DO CLUBE		
Data de nascimento:	08/05/1981	Idade:	43
Sexo:	FEMININO	Estado civil:	CASADO
Certidão de nascimento:			
RG:	375095822 SSP	CPF:	95375813572
Plano de saúde:	NÃO	Nome do plano:	
Carteira nacional de saúde:	700809964438483		
Catapora:	NÃO	H1N1:	NÃO
Catapora:	NÃO	Covid-19:	NÃO
Meningite:	NÃO	Cólera:	NÃO
Hepatite:	NÃO	Rubéola:	NÃO
Dengue:	NÃO	Sarampo:	NÃO
Pneumonia:	NÃO	Tétano:	NÃO
Malária:	NÃO	Varíola:	NÃO
Febre amarela:	NÃO	Coqueluche:	NÃO
Caxumba:	NÃO	Difteria:	NÃO
Transfusão de sangue:	NÃO	Renite:	SIM
Alergia na pele:	SIM	Bronquite:	NÃO
Alergia alimentar:	SIM	Deficiente físico:	NÃO
Alergia a algum medicamento:	NÃO	Deficiente visual:	NÃO
Deficiência na fala:	NÃO	Deficiente auditivo:	NÃO
Problemas cardíacos:	NÃO	Remédios para cardíacos:	
Diabético:	NÃO	Remédios para diabetes:	
Problemas renais:	NÃO	Remédios para renais:	
Problemas psicológicos:	NÃO	Remédios/psicológicos:	
Outros problemas:		Outros medicamentos:	
Problemas recente:		Medicamentos recentes:	
Alergias:	A PICADA DE INSETOS, PÓ, MOFO, SOJA, ESMALTE	Remédios/alergias:	SIM - FENERGAN
Ferimento grave recente:		Tipo de fratura recente:	
Tempo imobilizado:		Passou por cirurgias:	
Motivo de internação:		Tipo sanguíneo:	O+

Ficha de Cadastro

Nome completo: RUTH COSTA SANTOS
Clube: FORTALEZA REAL
Região: 2º REGIÃO - DESB
Igreja: JD. FORTALEZA
Distrito: CIDADE SOBERANA
Campo: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE
Função: CAPELÃO DO CLUBE
Data de nascimento: 03/04/1998
Idade: 26
Estado civil: SOLTEIRO
Sexo: FEMININO
Certidão de nascimento: 21038285-69 SSP
RG: 07536235526
CPF: 07536235526
CPF do responsável:
Telefone: 7398320324
Celular: RUTHCOSTASANTOS041@GMAIL.COM
E-mail: RUA HERMÍNIA BIÁGIO SANTANA, 43
Endereço: JARDIM FORTALEZA
Bairro: 07153280
CEP: GUARULHOS
Cidade: SÃO PAULO
Estado: ADULTO G
Tamanho da camiseta: S
Batizado:
Nome do pai:
E-mail do pai:
Telefone do pai:
Nome da mãe:
E-mail da mãe:
Telefone da mãe:
Nome do responsável: ()
E-mail do responsável:
Cadastrado em: 04/11/2024 18:17:18
Status seguro: S.G.C | ASSOCIAÇÃO BAHIA SUL ABS (1/1/2024 -> 31/12/2024)
Ativo: S



Ficha médica

Nome completo:	RUTH COSTA SANTOS		
Função:	CAPELÃO DO CLUBE		
Data de nascimento:	03/04/1998	Idade:	26
Sexo:	FEMININO	Estado civil:	SOLTEIRO
Certidão de nascimento:			
RG:	21038285-69 SSP	CPF:	07536235526
Plano de saúde:	NÃO	Nome do plano:	
Carteira nacional de saúde:	709006894172518		
Catapora:	NÃO	H1N1:	NÃO
Catapora:	NÃO	Covid-19:	NÃO
Meningite:	NÃO	Cólera:	NÃO
Hepatite:	NÃO	Rubéola:	NÃO
Dengue:	SIM	Sarampo:	NÃO
Pneumonia:	NÃO	Tétano:	NÃO
Malária:	NÃO	Variola:	NÃO
Febre amarela:	NÃO	Coqueluche:	NÃO
Caxumba:	NÃO	Difteria:	NÃO
Transfusão de sangue:	NÃO	Renite:	NÃO
Alergia na pele:	NÃO	Bronquite:	NÃO
Alergia alimentar:	SIM	Deficiente físico:	NÃO
Alergia a algum medicamento:	NÃO	Deficiente visual:	NÃO
Deficiência na fala:	NÃO	Deficiente auditivo:	NÃO
Problemas cardíacos:	NÃO	Remédios para cardíacos:	
Diabético:	NÃO	Remédios para diabetes:	
Problemas renais:	NÃO	Remédios para renais:	
Problemas psicológicos:	NÃO	Remédios/psicológicos:	
Outros problemas:	INTOLERÂNCIA A LACTOSE	Outros medicamentos:	
Problemas recente:		Medicamentos recentes:	
Alergias:		Remédios/alergias:	
Ferimento grave recente:		Tipo de fratura recente:	
Tempo imobilizado:		Passou por cirurgias:	
Motivo de internação:		Tipo sanguíneo:	O+



Ficha de Cadastro

Nome completo: **WANDERSON FAUSTINO PATRICIO**
Clube: **FORTALEZA REAL**
Região: **2º REGIÃO - DESB**
Igreja: **JD. FORTALEZA**
Distrito: **CIDADE SOBERANA**
Campo: **ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE**
Função: **DIRETOR DE CLUBE**
Data de nascimento: **13/06/2002**
Idade: **22**
Estado civil: **SOLTEIRO**
Sexo: **MASCULINO**
Certidão de nascimento:
RG: **20090437130 SSP**
CPF: **07884238357**
CPF do responsável:
Telefone:
Celular: **88.992519066**
E-mail: **WANDERFAPAT@GMAIL.COM**
Endereço: **SITIO TABOCAS**
Bairro: **ZONA RURAL**
CEP: **63250-000**
Cidade: **MILAGRES**
Estado: **CEARÁ**
Tamanho da camiseta: **ADULTO M**
Batizado: **S**
Nome do pai: **LUIS PATRICIO BARBOSA**
E-mail do pai:
Telefone do pai:
Nome da mãe: **FRANCISCA FAUSTINO PATRICIO**
E-mail da mãe:
Telefone da mãe:
Nome do responsável: **()**
E-mail do responsável:
Cadastrado em: **04/11/2024 15:29:36**
Status seguro: **S.G.C | ASSOCIAÇÃO CEARENSE ACE (1/1/2024 -> 31/12/2024)**
Ativo: **S**



Ficha médica

Nome completo:	WANDERSON FAUSTINO PATRICIO		
Função:	DIRETOR DE CLUBE		
Data de nascimento:	13/06/2002	Idade:	22
Sexo:	MASCULINO	Estado civil:	SOLTEIRO
Certidão de nascimento:			
RG:	20090437130 SSP	CPF:	07884238357
Plano de saúde:	NÃO	Nome do plano:	
Carteira nacional de saúde:	700903923038093		
Catapora:	SIM	H1N1:	NÃO
Catapora:	SIM	Covid-19:	NÃO
Meningite:	NÃO	Cólera:	NÃO
Hepatite:	NÃO	Rubéola:	NÃO
Dengue:	NÃO	Sarampo:	NÃO
Pneumonia:	NÃO	Tétano:	NÃO
Malária:	NÃO	Varíola:	NÃO
Febre amarela:	NÃO	Coqueluche:	NÃO
Caxumba:	NÃO	Difteria:	NÃO
Transfusão de sangue:	NÃO	Renite:	NÃO
Alergia na pele:	NÃO	Bronquite:	NÃO
Alergia alimentar:	NÃO	Deficiente físico:	NÃO
Alergia a algum medicamento:	NÃO	Deficiente visual:	NÃO
Deficiência na fala:	NÃO	Deficiente auditivo:	NÃO
Problemas cardíacos:	NÃO	Remédios para cardíacos:	
Diabético:	NÃO	Remédios para diabetes:	
Problemas renais:	NÃO	Remédios para renais:	
Problemas psicológicos:	NÃO	Remédios/psicológicos:	
Outros problemas:		Outros medicamentos:	
Problemas recente:		Medicamentos recentes:	
Alergias:	ALERGIA A PÓ	Remédios/alergias:	
Ferimento grave recente:		Tipo de fratura recente:	
Tempo imobilizado:		Passou por cirurgias:	
Motivo de internação:		Tipo sanguíneo:	A+