

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+