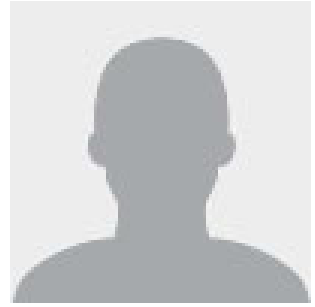


## Ficha de Cadastro

Nome completo: **JOALISSON ANGELO DOS SANTOS**  
Clube: **FORTALEZA REAL**  
Região: **2º REGIÃO - DESB**  
Igreja: **JD. FORTALEZA**  
Distrito: **CIDADE SOBERANA**  
Campo: **ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE**  
Função: **DESBRAVADOR**  
Data de nascimento: **03/02/2012**  
Idade: **12**  
Estado civil: **SOLTEIRO**  
Sexo: **MASCULINO**  
Certidão de nascimento: **566640284 SPSSP**  
RG: **45826968800**  
CPF: **566640284 SPSSP**  
CPF do responsável: **45826968800**  
Telefone: **566640284 SPSSP**  
Celular: **45826968800**  
E-mail: **566640284 SPSSP**  
Endereço: **SEBASTIÃO PALMERAS JUNIOR N-42**  
Bairro: **JARDIM FORTALEZA**  
CEP: **07154650**  
Cidade: **GUARULHOS**  
Estado: **SÃO PAULO**  
Tamanho da camiseta: **INFANTIL 14**  
Batizado: **N**  
Nome do pai: **JOZIVAN SEBASTIÃO DOS SANTOS**  
E-mail do pai: **JOZIVAN@GMAIL.COM**  
Telefone do pai: **11969618448**  
Nome da mãe: **MARIA APARECIDA ANGELO DOS SANTOS**  
E-mail da mãe: **MARIA@GMAIL.COM**  
Telefone da mãe: **11969618448**  
Nome do responsável: **MARIA APARECIDA ANGELO DOS SANTOS (MÃE)**  
E-mail do responsável: **SINDYANGELO@HOTMAIL.COM**  
Cadastrado em: **21/10/2024 08:08:50**  
Status seguro: **S.G.C | FORTALEZA REAL APV (31/1/2024 -> 31/12/2024)**  
Ativo: **S**



## Ficha médica

Nome completo:	<b>JOALISSON ANGELO DOS SANTOS</b>		
Função:	<b>DESBRAVADOR</b>		
Data de nascimento:	<b>03/02/2012</b>	Idade:	<b>12</b>
Sexo:	<b>MASCULINO</b>	Estado civil:	<b>SOLTEIRO</b>
Certidão de nascimento:			
RG:	<b>566640284 SPSSP</b>	CPF:	<b>45826968800</b>
Plano de saúde:	<b>NÃO</b>	Nome do plano:	
Carteira nacional de saúde:	<b>706206032067361</b>		
Catapora:	<b>NÃO</b>	H1N1:	<b>NÃO</b>
Catapora:	<b>NÃO</b>	Covid-19:	<b>NÃO</b>
Meningite:	<b>NÃO</b>	Cólera:	<b>NÃO</b>
Hepatite:	<b>NÃO</b>	Rubéola:	<b>NÃO</b>
Dengue:	<b>NÃO</b>	Sarampo:	<b>NÃO</b>
Pneumonia:	<b>NÃO</b>	Tétano:	<b>NÃO</b>
Malária:	<b>NÃO</b>	Variola:	<b>NÃO</b>
Febre amarela:	<b>NÃO</b>	Coqueluche:	<b>NÃO</b>
Caxumba:	<b>NÃO</b>	Difteria:	<b>NÃO</b>
Transfusão de sangue:	<b>NÃO</b>	Renite:	<b>SIM</b>
Alergia na pele:	<b>NÃO</b>	Bronquite:	<b>NÃO</b>
Alergia alimentar:	<b>NÃO</b>	Deficiente físico:	<b>NÃO</b>
Alergia a algum medicamento:	<b>NÃO</b>	Deficiente visual:	<b>NÃO</b>
Deficiência na fala:	<b>NÃO</b>	Deficiente auditivo:	<b>NÃO</b>
Problemas cardíacos:	<b>NÃO</b>	Remédios para cardíacos:	
Diabético:	<b>NÃO</b>	Remédios para diabetes:	
Problemas renais:	<b>NÃO</b>	Remédios para renais:	
Problemas psicológicos:	<b>NÃO</b>	Remédios/psicológicos:	
Outros problemas:		Outros medicamentos:	
Problemas recente:		Medicamentos recentes:	
Alergias:	<b>MOSQUITO</b>	Remédios/alergias:	<b>BEZOTACIL-ANTI ALERGICO</b>
Ferimento grave recente:		Tipo de fratura recente:	
Tempo imobilizado:		Passou por cirurgias:	
Motivo de internação:		Tipo sanguíneo:	<b>NÃO SABE</b>