

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