

Ficha de Cadastro

Nome completo: **EDVÂNIO INÁCIO RUFINO**
Clube: **FORTALEZA REAL**
Região: **2º REGIÃO - DESB**
Igreja: **JD. FORTALEZA**
Distrito: **CIDADE SOBERANA**
Campo: **ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE**
Função: **INSTRUTOR**
Data de nascimento: **31/10/1975**
Idade: **49**
Estado civil: **CASADO**
Sexo: **MASCULINO**
Certidão de nascimento:
RG:
CPF: **16432754453**
CPF do responsável:
Telefone: **24665550**
Celular: **965663389**
E-mail: **EDVÂNIO.RUFINO@GRU.COM.BR**
Endereço: **RUA AMBROZINA CISCATO**
Bairro: **VILA RICA 27**
CEP: **07156650**
Cidade: **GUARULHOS**
Estado: **SÃO PAULO**
Tamanho da camiseta: **ADULTO G**
Batizado: **S**
Nome do pai: **GRACIANO INÁCIO RUFINO**
E-mail do pai:
Telefone do pai:
Nome da mãe: **LAURINETE CANDIDO RUFINO**
E-mail da mãe:
Telefone da mãe:
Nome do responsável: **()**
E-mail do responsável:
Cadastrado em: **29/01/2023 15:02:09**
Status seguro: **S.G.C | FORTALEZA REAL APV (31/1/2024 -> 31/12/2024)**
Ativo: **S**



Ficha médica

Nome completo:	EDVANIO INÁCIO RUFINO		
Função:	INSTRUTOR		
Data de nascimento:	31/10/1975	Idade:	49
Sexo:	MASCULINO	Estado civil:	CASADO
Certidão de nascimento:		CPF:	16432754453
RG:		Nome do plano:	BRADESCO SAÚDE
Plano de saúde:	SIM		
Carteira nacional de saúde:			
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:	O-