

Ficha de Cadastro

| | |
|-------------------------|--|
| Nome completo: | KAMILY MAYARA PEREIRA |
| Clube: | FORTALEZA REAL |
| Região: | 2º REGIÃO - DESB |
| Igreja: | JD. FORTALEZA |
| Distrito: | CIDADE SOBERANA |
| Campo: | ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE |
| Função: | DESBRAVADOR |
| Data de nascimento: | 02/07/2009 |
| Idade: | 15 |
| Estado civil: | SOLTEIRO |
| Sexo: | FEMININO |
| Certidão de nascimento: | 47324914 |
| RG: | |
| CPF: | 54756631819 |
| CPF do responsável: | |
| Telefone: | |
| Celular: | |
| E-mail: | |
| Endereço: | DOS SANTOS JUNIOR ,195 |
| Bairro: | JARDIM FORTALEZA |
| CEP: | 07154020 |
| Cidade: | GUARULHOS |
| Estado: | SÃO PAULO |
| Tamanho da camiseta: | INFANTIL 16 |
| Batizado: | S |
| Nome do pai: | MARCOS CARLOS PEREIRA |
| E-mail do pai: | |
| Telefone do pai: | |
| Nome da mãe: | MARIA JOSEANE PEREIRA |
| E-mail da mãe: | |
| Telefone da mãe: | |
| Nome do responsável: | () |
| E-mail do responsável: | |
| Cadastrado em: | 23/05/2019 19:46:04 |
| Status seguro: | S.G.C FORTALEZA REAL APV (31/1/2024 -> 31/12/2024) |
| Ativo: | S |



Ficha médica

| | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Nome completo: | KAMILY MAYARA PEREIRA | | |
| Função: | DESBRAVADOR | | |
| Data de nascimento: | 02/07/2009 | Idade: | 15 |
| Sexo: | FEMININO | Estado civil: | SOLTEIRO |
| Certidão de nascimento: | 47324914 | CPF: | 54756631819 |
| RG: | | Nome do plano: | |
| Plano de saúde: | NÃO | | |
| 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: | SIM | 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+ |