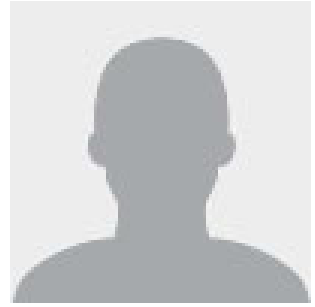


## Ficha de Cadastro

Nome completo: **EDUARDA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA**  
Clube: **FORTALEZA REAL**  
Região: **2º REGIÃO - DESB**  
Igreja: **JD. FORTALEZA**  
Distrito: **CIDADE SOBERANA**  
Campo: **ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE**  
Função: **DESBRAVADOR**  
Data de nascimento: **22/02/2010**  
Idade: **14**  
Estado civil: **SOLTEIRO**  
Sexo: **FEMININO**  
Certidão de nascimento:  
RG:  
CPF: **57710801870**  
CPF do responsável:  
Telefone:  
Celular: **11967864840**  
E-mail:  
Endereço: **RUA ISABEL MARIA ELIAS**  
Bairro: **JARDIM FORTALEZA**  
CEP: **07153-300**  
Cidade: **GUARULHOS**  
Estado: **SÃO PAULO**  
Tamanho da camiseta: **INFANTIL 16**  
Batizado: **N**  
Nome do pai: **RAUL FELIPE DE OLIVEIRA DA SILVA**  
E-mail do pai:  
Telefone do pai:  
Nome da mãe: **ANA PAULA FERREIRA DE ALMEIDA**  
E-mail da mãe:  
Telefone da mãe: **967864840**  
Nome do responsável: **ANA PAULA FERREIRA DE ALMEIDA (MÃE)**  
E-mail do responsável:  
Cadastrado em: **12/06/2023 07:58:09**  
Status seguro: **S.G.C | FORTALEZA REAL APV (31/1/2024 -> 31/12/2024)**  
Ativo: **S**



## Ficha médica

Nome completo:	<b>EDUARDA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA</b>		
Função:	<b>DESBRAVADOR</b>		
Data de nascimento:	<b>22/02/2010</b>	Idade:	<b>14</b>
Sexo:	<b>FEMININO</b>	Estado civil:	<b>SOLTEIRO</b>
Certidão de nascimento:		CPF:	<b>57710801870</b>
RG:		Nome do plano:	
Plano de saúde:	<b>NÃO</b>		
Carteira nacional de saúde:	<b>700804913201090</b>		
Catapora:	<b>SIM</b>	H1N1:	<b>NÃO</b>
Catapora:	<b>SIM</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>	Varíola:	<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:		Remédios/alergias:	
Ferimento grave recente:		Tipo de fratura recente:	
Tempo imobilizado:		Passou por cirurgias:	
Motivo de internação:		Tipo sanguíneo:	<b>A+</b>