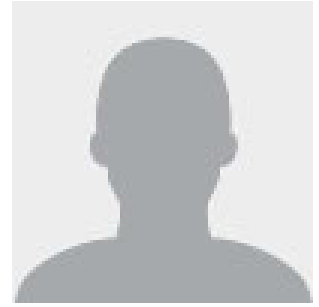


Ficha de Cadastro

Nome completo: JESUS GUTIERREZ BARRA VINO
Clube: FORTALEZA REAL
Região: 2º REGIÃO - DESB
Igreja: JD. FORTALEZA
Distrito: CIDADE SOBERANA
Campo: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE
Função: DESBRAVADOR
Data de nascimento: 10/04/2009
Idade: 15
Estado civil: SOLTEIRO
Sexo: MASCULINO
Certidão de nascimento: 58243367-7
RG: 24351308800
CPF: 11943448997
CPF do responsável: 11947340029
Telefone: JESUS.GBARRAV@GMAIL.COM
Celular: RUA LUIZ CAPUTO NUM 545
E-mail: JARDIM FORTALEZA
Endereço: 07153600
Bairro: GUARULHOS
CEP: SÃO PAULO
Cidade: ADULTO M
Estado: N
Tamanho da camiseta: OVIDIO BARRA
Batizado: FLORENCIA GUTIERREZ
Nome do pai: 11943448997
E-mail do pai: ()
Telefone do pai: 01/07/2024 18:11:16
Nome da mãe: S.G.C | FORTALEZA REAL APV (25/8/2024 -> 31/12/2024)
E-mail da mãe: S
Telefone da mãe: S
Nome do responsável: S
E-mail do responsável: S
Cadastrado em: S
Status seguro: S
Ativo: S



Ficha médica

Nome completo:	JESUS GUTIERREZ BARRA VINO		
Função:	DESBRAVADOR		
Data de nascimento:	10/04/2009	Idade:	15
Sexo:	MASCULINO	Estado civil:	SOLTEIRO
Certidão de nascimento:			
RG:	58243367-7	CPF:	24351308800
Plano de saúde:	NÃO	Nome do plano:	
Carteira nacional de saúde:	704602110949025		
Catapora:	NÃO	H1N1:	NÃO
Catapora:	NÃO	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:	NÃO SABE

Ficha de Cadastro

Nome completo: JOÃO DOS SANTOS SILVA
Clube: FORTALEZA REAL
Região: 2º REGIÃO - DESB
Igreja: JD. FORTALEZA
Distrito: CIDADE SOBERANA
Campo: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE
Função: TESOUREIRO DO CLUBE
Data de nascimento: 04/11/1986
Idade: 38
Estado civil: CASADO
Sexo: MASCULINO
Certidão de nascimento: 585353001
RG: 07069454414
CPF: CPF do responsável:
Telefone: 11962262277
Celular:
E-mail:
Endereço: RUA ROBERTO MAGALHÃES
Bairro: JARDIM FORTALEZA
CEP: GUARULHOS
Cidade: SÃO PAULO
Estado: ADULTO M
Tamanho da camiseta: S
Batizado:
Nome do pai:
E-mail do pai:
Telefone do pai:
Nome da mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS SILVA
E-mail da mãe:
Telefone da mãe:
Nome do responsável: ()
E-mail do responsável:
Cadastrado em: 22/08/2018 20:02:18
Status seguro: S.G.C | FORTALEZA REAL APV (31/1/2024 -> 31/12/2024)
Ativo: S

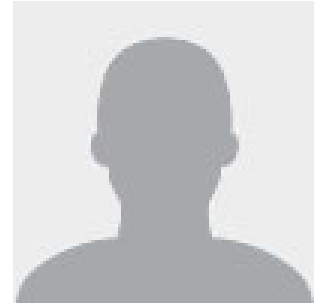


Ficha médica

Nome completo:	JOÃO DOS SANTOS SILVA		
Função:	TESOUREIRO DO CLUBE		
Data de nascimento:	04/11/1986	Idade:	38
Sexo:	MASCULINO	Estado civil:	CASADO
Certidão de nascimento:			
RG:	585353001	CPF:	07069454414
Plano de saúde:	NÃO	Nome do plano:	
Carteira nacional de saúde:	705007227024151		
Catapora:	NÃO	H1N1:	NÃO
Catapora:	NÃO	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:	SIM	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:	SIM - APÊNDICE
Motivo de internação:	CIRURGIA DA APÊNDICE	Tipo sanguíneo:	NÃO SABE

Ficha de Cadastro

Nome completo: VICTORIA DE JESUS VIANA
Clube: FORTALEZA REAL
Região: 2º REGIÃO - DESB
Igreja: JD. FORTALEZA
Distrito: CIDADE SOBERANA
Campo: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE
Função: CONSELHEIRO
Data de nascimento: 15/05/2005
Idade: 19
Estado civil: SOLTEIRO
Sexo: FEMININO
Certidão de nascimento:
RG: 645333098 SSP
CPF: 59608329841
CPF do responsável:
Telefone:
Celular: 11954105575
E-mail: VICTORIAOZ171@GMAIL.COM
Endereço: RUA PASSAGEM, 133
Bairro: JARDIM LENIZE
CEP: 07151690
Cidade: GUARULHOS
Estado: SÃO PAULO
Tamanho da camiseta: ADULTO P
Batizado: S
Nome do pai:
E-mail do pai:
Telefone do pai:
Nome da mãe:
E-mail da mãe:
Telefone da mãe:
Nome do responsável: ()
E-mail do responsável:
Cadastrado em: 04/11/2024 19:02:11
Status seguro: S.G.C | FORTALEZA REAL APV (4/11/2024 -> 31/12/2024)
Ativo: S



Ficha médica

Nome completo:	VICTORIA DE JESUS VIANA		
Função:	CONSELHEIRO		
Data de nascimento:	15/05/2005	Idade:	19
Sexo:	FEMININO	Estado civil:	SOLTEIRO
Certidão de nascimento:			
RG:	645333098 SSP	CPF:	59608329841
Plano de saúde:	NÃO	Nome do plano:	
Carteira nacional de saúde:			
Catapora:	SIM	H1N1:	NÃO
Catapora:	SIM	Covid-19:	NÃO
Meningite:	NÃO	Cólera:	NÃO
Hepatite:	NÃO	Rubéola:	NÃO
Dengue:	SIM	Sarampo:	NÃO
Pneumonia:	NÃO	Tétano:	NÃO
Malária:	NÃO	Variola:	NÃO
Febre amarela:	NÃO	Coqueluche:	NÃO
Caxumba:	NÃO	Difteria:	NÃO
Transfusão de sangue:	NÃO	Renite:	SIM
Alergia na pele:	NÃO	Bronquite:	SIM
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:	SIM	Remédios/alergias:	LOSTADINO
Ferimento grave recente:		Tipo de fratura recente:	
Tempo imobilizado:		Passou por cirurgias:	
Motivo de internação:		Tipo sanguíneo:	B-