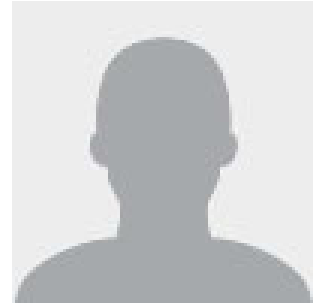


Ficha de Cadastro

Nome completo: **GUSTAVO GUEDES 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: **09/04/2012**
Idade: **12**
Estado civil: **SOLTEIRO**
Sexo: **MASCULINO**
Certidão de nascimento: **65584495-8 SSP-SP**
RG: **29301506882**
CPF: **29301506882**
CPF do responsável:
Telefone:
Celular: **11969439476**
E-mail:
Endereço: **RUA ADILSON C. DOS SANTOS JUNIOR 195**
Bairro: **JARDIM FORTALEZA**
CEP: **07154-020**
Cidade: **GUARULHOS**
Estado: **SÃO PAULO**
Tamanho da camiseta: **INFANTIL 10**
Batizado: **S**
Nome do pai: **LETÁCIO GUEDES DA SILVA**
E-mail do pai:
Telefone do pai:
Nome da mãe: **JOSEFA JOSINEIDE TEREZINHA DA SILVA**
E-mail da mãe:
Telefone da mãe: **11957363499**
Nome do responsável: **JOSEFA JOSINEIDE TEREZINHA DA SILVA (MÃE)**
E-mail do responsável:
Cadastrado em: **26/04/2022 17:06:08**
Status seguro: **S.G.C | FORTALEZA REAL APV (31/1/2024 -> 31/12/2024)**
Ativo: **S**



Ficha médica

Nome completo:	GUSTAVO GUEDES DA SILVA		
Função:	DESBRAVADOR		
Data de nascimento:	09/04/2012	Idade:	12
Sexo:	MASCULINO	Estado civil:	SOLTEIRO
Certidão de nascimento:			
RG:	65584495-8 SSP-SP	CPF:	29301506882
Plano de saúde:	NÃO	Nome do plano:	
Carteira nacional de saúde:	898004513454328		
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:	SIM
Alergia na pele:	NÃO	Bronquite:	NÃO
Alergia alimentar:	NÃO	Deficiente físico:	NÃO
Alergia a algum medicamento:	SIM	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:	A POEIRA	Remédios/alergias:	DEXCLORFENIRAMINA
Ferimento grave recente:		Tipo de fratura recente:	
Tempo imobilizado:		Passou por cirurgias:	
Motivo de internação:		Tipo sanguíneo:	O-