

Ficha de Cadastro

Nome completo: **EMILY VICTÓRIA 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: **15/08/2013**
Idade: **11**
Estado civil: **SOLTEIRO**
Sexo: **FEMININO**
Certidão de nascimento: **66755428-2 SSP-SP**
RG: **44664676840**
CPF: **44664676840**
CPF do responsável:
Telefone:
Celular: **11980485178**
E-mail:
Endereço: **RUA ADILSON CHARLES DOS SANTOS**
Bairro: **JARDIM FORTALEZA**
CEP: **07154-020**
Cidade: **GUARULHOS**
Estado: **SÃO PAULO**
Tamanho da camiseta: **INFANTIL 12**
Batizado: **S**
Nome do pai: **FABIO HENRIQUE ALBINO DA SILVA**
E-mail do pai:
Telefone do pai: **11960824810**
Nome da mãe: **JESSICA JOSENELDA DA CONCEIÇÃO**
E-mail da mãe:
Telefone da mãe: **11980485178**
Nome do responsável: **JESSICA JOSENELDA DA CONCEIÇÃO (MÃE)**
E-mail do responsável:
Cadastrado em: **27/03/2023 16:49:23**
Status seguro: **S.G.C | FORTALEZA REAL APV (14/2/2024 -> 31/12/2024)**
Ativo: **S**



Ficha médica

Nome completo:	EMILY VICTÓRIA DA SILVA		
Função:	DESBRAVADOR		
Data de nascimento:	15/08/2013	Idade:	11
Sexo:	FEMININO	Estado civil:	SOLTEIRO
Certidão de nascimento:			
RG:	66755428-2 SSP-SP	CPF:	44664676840
Plano de saúde:	NÃO	Nome do plano:	
Carteira nacional de saúde:	708407231119863		
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:	O+