## Ficha de Cadastro

Nome completo: **RUTH COSTA SANTOS** Clube: **FORTALEZA REAL** Região: 2º REGIÃO - DESB Igreja: JD. FORTALEZA Distrito: **CIDADE SOBERANA** 

**ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE** Campo:

**CAPELÃO DO CLUBE** Função:

Data de nascimento: 03/04/1998

Idade: 26

Estado civil: **SOLTEIRO FEMININO** Sexo:

Certidão de nascimento:

21038285-69 SSP RG: CPF: 07536235526

CPF do responsável:

Telefone:

Celular: 7398320324

E-mail: **RUTHCOSTASANTOS041@GMAIL.COM** Endereço: **RUA HERMÍNIA BIÁGIO SANTANA, 43** 

Bairro: **JARDIM FORTALEZA** 

CEP: 07153280 Cidade: **GUARULHOS** Estado: SÃO PAULO **ADULTO G** Tamanho da camiseta:

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 18:17:18

Status seguro: S.G.C | ASSOCIAÇÃO BAHIA SUL ABS (1/1/2024 -> 31/12/2024)

Ativo: S



## Ficha médica

Nome completo: **RUTH COSTA SANTOS** Função: CAPELÃO DO CLUBE Data de nascimento: Idade: 03/04/1998 26 **FEMININO SOLTEIRO** Sexo: Estado civil: Certidão de nascimento: 21038285-69 SSP CPF: RG: 07536235526 Plano de saúde: NÃO Nome do plano: Carteira nacional de saúde: 709006894172518 NÃO NÃO H1N1: Catapora: Catapora: NÃO Covid-19: NÃO Meningite: NÃO Cólera: NÃO NÃO Hepatite: NÃO Rubéola: NÃO Dengue: SIM Sarampo: Pneumonia: NÃO Tétano: NÃO Malária: NÃO Varíola: NÃO Febre amarela: NÃO Coqueluche: NÃO NÃO NÃO Caxumba: Difteria: NÃO Transfusão de sangue: Renite: NÃO NÃO NÃO Bronquite: Alergia na pele: Alergia alimentar: SIM Deficiente físico: NÃO NÃO Alergia a algum medicamento: NÃO Deficiente visual: NÃO NÃO Deficiência na fala: Deficiente auditivo: Problemas cardíacos: NÃO Remédios para cardíacos: NÃO Remédios para diabetes: NÃO Remédios para renais:

0+

Diabético:
Problemas renais:
Problemas psicológicos:
NÃO
Remédios para diabetes:
Remédios para renais:
Remédios para renais:
Remédios/psicológicos:
Remédios/psicológicos:
Outros problemas:
INTOLERÂNCIA A LACTOSE
Outros medicamentos:
Medicamentos recentes:

Alergias: Remédios/alergias: Ferimento grave recente: Tipo de fratura recente: Tempo imobilizado: Passou por cirurgias: Motivo de internação: Tipo sanguíneo: