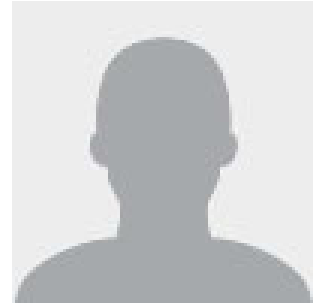


Ficha de Cadastro

Nome completo: **GABRIELA MARTINS DE SOUZA**
Clube: **FORTALEZA REAL**
Região: **2º REGIÃO - DESB**
Igreja: **JD. FORTALEZA**
Distrito: **CIDADE SOBERANA**
Campo: **ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE**
Função: **DESBRAVADOR**
Data de nascimento: **18/07/2008**
Idade: **16**
Estado civil: **SOLTEIRO**
Sexo: **FEMININO**
Certidão de nascimento: **104484**
RG:
CPF:
CPF do responsável: **00364709294**
Telefone:
Celular:
E-mail:
Endereço: **RUA ROBERTO MILITÃO DOS SANTOS 197**
Bairro: **JARDIM FORTALEZA**
CEP: **07153370**
Cidade: **GUARULHOS**
Estado: **SÃO PAULO**
Tamanho da camiseta: **INFANTIL 16**
Batizado: **S**
Nome do pai: **GENALDO FARIAS DE SOUZA**
E-mail do pai:
Telefone do pai:
Nome da mãe: **CLEYCIANE MARTINS ROSA**
E-mail da mãe:
Telefone da mãe:
Nome do responsável: **CLEYCIANE MARTINS ROSA (MÃE)**
E-mail do responsável:
Cadastrado em: **02/06/2021 07:43:27**
Status seguro: **S.G.C | FORTALEZA REAL APV (31/1/2024 -> 31/12/2024)**
Ativo: **S**



Ficha médica

Nome completo:	GABRIELA MARTINS DE SOUZA		
Função:	DESBRAVADOR		
Data de nascimento:	18/07/2008	Idade:	16
Sexo:	FEMININO	Estado civil:	SOLTEIRO
Certidão de nascimento:	104484		
RG:		CPF:	
Plano de saúde:	NÃO	Nome do plano:	
Carteira nacional de saúde:	708307707153860		
Catapora:	SIM	H1N1:	NÃO
Catapora:	SIM	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:	
Motivo de internação:		Tipo sanguíneo:	O+