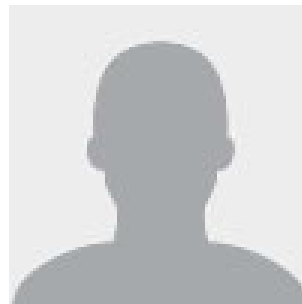


Ficha de Cadastro

Nome completo: **DAVI LACERDA OLIVEIRA DE PAULA**
Clube: **FORTALEZA REAL**
Região: **2º REGIÃO - DESB**
Igreja: **JD. FORTALEZA**
Distrito: **CIDADE SOBERANA**
Campo: **ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE**
Função: **CAPITÃO DE UNIDADE**
Data de nascimento: **26/02/2009**
Idade: **15**
Estado civil: **SOLTEIRO**
Sexo: **MASCULINO**
Certidão de nascimento:
RG: **636099726 SSP**
CPF: **55043894881**
CPF do responsável:
Telefone:
Celular:
E-mail:
Endereço: **SILVA ,397**
Bairro: **JD.FORTALEZA**
CEP: **07153340**
Cidade: **GUARULHOS**
Estado: **SÃO PAULO**
Tamanho da camiseta: **INFANTIL 14**
Batizado: **S**
Nome do pai: **ALBERTINO DE PAULA**
E-mail do pai:
Telefone do pai:
Nome da mãe: **JOANA KELLY LACERDA OLIVEIRA DE PAULA**
E-mail da mãe:
Telefone da mãe: **969596700**
Nome do responsável: **()**
E-mail do responsável:
Cadastrado em: **28/02/2022 09:19:57**
Status seguro: **S.G.C | FORTALEZA REAL APV (31/1/2024 -> 31/12/2024)**
Ativo: **S**



Ficha médica

Nome completo:	DAVI LACERDA OLIVEIRA DE PAULA		
Função:	CAPITÃO DE UNIDADE		
Data de nascimento:	26/02/2009	Idade:	15
Sexo:	MASCULINO	Estado civil:	SOLTEIRO
Certidão de nascimento:			
RG:	636099726 SSP	CPF:	55043894881
Plano de saúde:	SIM	Nome do plano:	INTERMÉDICA
Carteira nacional de saúde:			
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:	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