

## Ficha de Cadastro

Nome completo: JOAO VICTOR DOS SANTOS ROCHA  
Clube: FORTALEZA REAL  
Região: 2º REGIÃO - DESB  
Igreja: JD. FORTALEZA  
Distrito: CIDADE SOBERANA  
Campo: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE  
Função: SECRETARIO DE UNIDADE  
Data de nascimento: 10/07/2014  
Idade: 10  
Estado civil: SOLTEIRO  
Sexo: MASCULINO  
Certidão de nascimento: 306305323-8  
RG: 63508577-X 706276  
CPF: 58444540811  
CPF do responsável: 11966815458  
Telefone: 11966815458  
Celular: 11966815458  
E-mail: LUCIENESANTOSROCHA@BOL.COM.BR  
Endereço: RUA KAZUKO FUJII CHIMIZU N 287  
Bairro: JARDIM FORTALEZA  
CEP: 07153120  
Cidade: GUARULHOS  
Estado: SÃO PAULO  
Tamanho da camiseta: ADULTO P  
Batizado: S  
Nome do pai: JOAO DOS SANTOS SILVA  
E-mail do pai: 11962262277  
Telefone do pai: 11962262277  
Nome da mãe: LUCIENE DOS SANTOS ROCHA  
E-mail da mãe: LUCIENESANTOSROCHA@BOL.COM.BR  
Telefone da mãe: 11966815458  
Nome do responsável: LUCIENE DOS SANTOS ROCHA (MAE)  
E-mail do responsável: LUCIENESANTOSROCHA@BOL.COM.BR  
Cadastrado em: 10/09/2024 20:51:12  
Status seguro: S.G.C | FORTALEZA REAL APV (10/9/2024 -> 31/12/2024)  
Ativo: S



## Ficha médica

|                              |                              |                          |                    |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Nome completo:               | JOAO VICTOR DOS SANTOS ROCHA |                          |                    |
| Função:                      | SECRETARIO DE UNIDADE        |                          |                    |
| Data de nascimento:          | 10/07/2014                   | Idade:                   | 10                 |
| Sexo:                        | MASCULINO                    | Estado civil:            | SOLTEIRO           |
| Certidão de nascimento:      | 306305323-8                  |                          |                    |
| RG:                          | 63508577-X 706276            | CPF:                     | 58444540811        |
| Plano de saúde:              | SIM                          | Nome do plano:           | UNIMEDE NOTRIDAMME |
| Carteira nacional de saúde:  | 14048174000252971010156      |                          |                    |
| 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: | 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:                    | PICADA DE MOSQUITO           | Remédios/alergias:       |                    |
| Ferimento grave recente:     |                              | Tipo de fratura recente: |                    |
| Tempo imobilizado:           |                              | Passou por cirurgias:    |                    |
| Motivo de internação:        |                              | Tipo sanguíneo:          | A+                 |