

Ficha de Cadastro

Nome completo: ANA VITÓRIA MARQUES
Clube: FORTALEZA REAL
Região: 2º REGIÃO - DESB
Igreja: JD. FORTALEZA
Distrito: CIDADE SOBERANA
Campo: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE
Função: DESBRAVADOR
Data de nascimento: 19/03/2010
Idade: 14
Estado civil: SOLTEIRO
Sexo: FEMININO
Certidão de nascimento: 49809713
RG:
CPF:
CPF do responsável: 54957506833
Telefone:
Celular: 11967865758
E-mail:
Endereço: RUA MANUEL DOS SANTOS 70
Bairro: JARDIM NOVO PORTUGAL
CEP: 07160690
Cidade: GUARULHOS
Estado: SÃO PAULO
Tamanho da camiseta: INFANTIL 14
Batizado: S
Nome do pai:
E-mail do pai:
Telefone do pai:
Nome da mãe: LUCIANA MARQUES B. RODRIGUES
E-mail da mãe: LUCIANAMARQUES@IAHOO.COM.BR
Telefone da mãe: 11967865758
Nome do responsável: BEATRIZ MARQUES (IRMÃ)
E-mail do responsável:
Cadastrado em: 03/06/2022 14:05:09
Status seguro: S.G.C | FORTALEZA REAL APV (31/1/2024 -> 31/12/2024)
Ativo: S



Ficha médica

| | | | |
|------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------|
| Nome completo: | ANA VITÓRIA MARQUES | | |
| Função: | DESBRAVADOR | | |
| Data de nascimento: | 19/03/2010 | Idade: | 14 |
| Sexo: | FEMININO | Estado civil: | SOLTEIRO |
| Certidão de nascimento: | 49809713 | CPF: | |
| RG: | | Nome do plano: | HBC |
| Plano de saúde: | SIM | H1N1: | NÃO |
| Carteira nacional de saúde: | | Covid-19: | NÃO |
| Catapora: | NÃO | Cólera: | NÃO |
| Catapora: | NÃO | Rubéola: | NÃO |
| Meningite: | NÃO | Sarampo: | NÃO |
| Hepatite: | NÃO | Tétano: | NÃO |
| Dengue: | NÃO | Varíola: | NÃO |
| Pneumonia: | NÃO | Coqueluche: | NÃO |
| Malária: | NÃO | Difteria: | NÃO |
| Febre amarela: | NÃO | Renite: | SIM |
| Caxumba: | NÃO | Bronquite: | NÃO |
| Transfusão de sangue: | NÃO | Deficiente físico: | NÃO |
| Alergia na pele: | NÃO | Deficiente visual: | NÃO |
| Alergia alimentar: | NÃO | Deficiente auditivo: | NÃO |
| Alergia a algum medicamento: | NÃO | Remédios para cardíacos: | |
| Deficiência na fala: | NÃO | Remédios para diabetes: | |
| Problemas cardíacos: | NÃO | Remédios para renais: | |
| Diabético: | NÃO | Remédios/psicológicos: | |
| Problemas renais: | NÃO | Outros medicamentos: | |
| Problemas psicológicos: | SIM | Medicamentos recentes: | |
| Outros problemas: | | Remédios/alergias: | |
| Problemas recente: | | Tipo de fratura recente: | |
| Alergias: | | Passou por cirurgias: | |
| Ferimento grave recente: | | Tipo sanguíneo: | A+ |
| Tempo imobilizado: | | | |
| Motivo de internação: | | | |