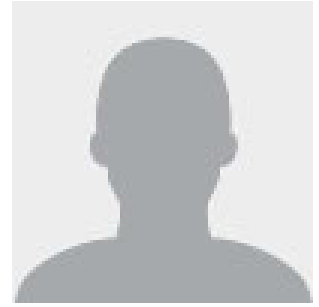


Ficha de Cadastro

Nome completo: **FABIANO OLIVEIRA DA SILVA**
Clube: **FORTALEZA REAL**
Região: **2º REGIÃO - DESB**
Igreja: **JD. FORTALEZA**
Distrito: **CIDADE SOBERANA**
Campo: **ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE**
Função: **CONSELHEIRO**
Data de nascimento: **17/09/1980**
Idade: **44**
Estado civil: **CASADO**
Sexo: **MASCULINO**
Certidão de nascimento:
RG: **332439513 SSP SP**
CPF: **29382058800**
CPF do responsável:
Telefone:
Celular: **11930177589**
E-mail:
Endereço: **AVENIDA JOSÉ BRUMATTI 962 BL 9 APT 12**
Bairro: **JARDIM SANTO EXPEDITO**
CEP: **07160445**
Cidade: **GUARULHOS**
Estado: **SÃO PAULO**
Tamanho da camiseta: **ADULTO GG**
Batizado: **S**
Nome do pai: **JOSÉ DECIO DA SILVA**
E-mail do pai:
Telefone do pai:
Nome da mãe: **MARIA DO SOCORRO**
E-mail da mãe:
Telefone da mãe:
Nome do responsável: **()**
E-mail do responsável:
Cadastrado em: **18/01/2023 07:36:53**
Status seguro: **S.G.C | FORTALEZA REAL APV (31/1/2024 -> 31/12/2024)**
Ativo: **S**



Ficha médica

Nome completo:	FABIANO OLIVEIRA DA SILVA		
Função:	CONSELHEIRO		
Data de nascimento:	17/09/1980	Idade:	44
Sexo:	MASCULINO	Estado civil:	CASADO
Certidão de nascimento:			
RG:	332439513 SSP SP	CPF:	29382058800
Plano de saúde:	NÃO	Nome do plano:	
Carteira nacional de saúde:	709007803490318		
Catapora:	SIM	H1N1:	NÃO
Catapora:	SIM	Covid-19:	SIM
Meningite:	NÃO	Cólera:	NÃO
Hepatite:	NÃO	Rubéola:	NÃO
Dengue:	NÃO	Sarampo:	SIM
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:	SIM	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:	ALÉRGICO A DIPIRONA	Remédios/alergias:	
Ferimento grave recente:		Tipo de fratura recente:	
Tempo imobilizado:		Passou por cirurgias:	
Motivo de internação:		Tipo sanguíneo:	A+