

Ficha de Cadastro

Nome completo: KAIO NUNES DOS PASSOS
Clube: FORTALEZA REAL
Região: 2º REGIÃO - DESB
Igreja: JD. FORTALEZA
Distrito: CIDADE SOBERANA
Campo: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DO VALE
Função: DESBRAVADOR
Data de nascimento: 20/12/2009
Idade: 14
Estado civil: SOLTEIRO
Sexo: MASCULINO
Certidão de nascimento: 632411594 SSP-SP
RG: 52685320814
CPF: 52685320814
CPF do responsável:
Telefone: 11992099755
Celular: KAIO69711@GMAIL.COM
E-mail: RUA LUIZ CAPUTO 1122
Endereço: JARDIM FORTALEZA
Bairro: 07153600
CEP: GUARULHOS
Cidade: SÃO PAULO
Estado: INFANTIL 16
Tamanho da camiseta: N
Batizado: EUCLIDES FERNANDES DOS PASSOS
Nome do pai: EUCLIDESFERNANDES41@GMAIL.COM
E-mail do pai: MARLENE N. GOIS PASSOS
Telefone do pai: MARLENEPASSOS82@GMAIL.COM
Nome da mãe: MARLENE N. GOIS PASSOS (MÃE)
E-mail da mãe: MARLENEPASSOS82@GMAIL.COM
Telefone da mãe: 11/03/2021 12:16:05
Nome do responsável: MARLENE N. GOIS PASSOS (MÃE)
E-mail do responsável: MARLENEPASSOS82@GMAIL.COM
Cadastrado em: 11/03/2021 12:16:05
Status seguro: S.G.C | FORTALEZA REAL APV (31/1/2024 -> 31/12/2024)
Ativo: S



Ficha médica

Nome completo:	KAIO NUNES DOS PASSOS		
Função:	DESBRAVADOR		
Data de nascimento:	20/12/2009	Idade:	14
Sexo:	MASCULINO	Estado civil:	SOLTEIRO
Certidão de nascimento:			
RG:	632411594 SSP-SP	CPF:	52685320814
Plano de saúde:	NÃO	Nome do plano:	
Carteira nacional de saúde:	898000342931417		
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:	SIM	Bronquite:	NÃO
Alergia alimentar:	SIM	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:	SIM - INSETOS	Remédios/alergias:	
Ferimento grave recente:		Tipo de fratura recente:	
Tempo imobilizado:		Passou por cirurgias:	
Motivo de internação:		Tipo sanguíneo:	NÃO SABE