



# CLUBE DE DESBRAVADORES

NOME CLUBE: \_\_\_\_\_

IGREJA.: \_\_\_\_\_

CIDADE.: \_\_\_\_\_ – ESTADO.: \_\_\_\_\_

FOTO 3x4

## DADOS PESSOAIS

Nome Completo do (a) Desbravador (a): \_\_\_\_\_

Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Batizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data de Nascimento: / /	Função no Clube / Unidade:	
Telefone: ( ) -	Celular: ( ) -	E-Mail:		
Estado:	Cidade:	CEP:	Endereço + Número:	Bairro:
Certidão de Nascimento:	RG:	Órgão Expedidor:	CPF:	

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

E-mail do Pai:	Telefone do Pai: ( ) -
----------------	---------------------------

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

E-mail da Mãe:	Telefone da Mãe: ( ) -
----------------	---------------------------

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco:	E-mail do Responsável:	Telefone do Responsável: ( ) -	CPF do Responsável:
---------------------	------------------------	-----------------------------------	---------------------

Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo	Tamanho de Camiseta:
---	----------------------

## FICHA MÉDICA

Tem Plano de Saúde: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual?	Carteira Nacional de Saúde:
--	-------	-----------------------------

Catapora: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Meningite: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Hepatite: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dengue: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pneumonia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Malária: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Febre Amarela: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	H1N1: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cólera: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---	---	--	--

Rubéola: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sarampo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tétano: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Variola: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coqueluche: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Difteria: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Caxumba: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Transfusão de Sangue: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	---	--	--	---	--

Alergia na Pele: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Alergia Alimentar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Alergia a Medicamento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Renite: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Bronquite: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	--	---

Problemas Cardíacos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Remédios para Problemas Cardíacos:
---	------------------------------------

Diabético (a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Remédios para diabetes:
---	-------------------------

Problema Renais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Remédios para problemas renais:
---	---------------------------------

Problemas Psicológicos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Remédios para problemas mentais ou psicológicos:
--	--

Outros problemas de saúde: \_\_\_\_\_

Outros Medicamentos: \_\_\_\_\_

Problemas Recentes de Saúde: \_\_\_\_\_

Remédios Recentes Usados: \_\_\_\_\_

Alergias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quais:	Remédios para alergias:
--	--------	-------------------------

Ferimentos Recentes Graves: \_\_\_\_\_

Fraturas Recentes:	Cirurgias:
--------------------	------------

Internação últimos 5 anos:	Tipo Sanguíneo: <input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> AB+ <input type="checkbox"/> AB- <input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> O-
----------------------------	--

Assinatura Responsável: \_\_\_\_\_ Data do Cadastro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.