

ANEXO III
FORMULÁRIO DE SAÚDE DO ALUNO

DADOS PESSOAIS				
Nome do (a) Aluno (a):				
Endereço:				
Tel. Residencial:				
Nome Pai:				
Nome mãe:				
Em caso de urgência chamar:				
Tel. Celular (PAI):		Tel. Trab. (PAI):		
Tel. Celular (MÃE):		Tel. Trab. (MÃE):		
Outros telefones para contato:				
Data do Nasc.: / /		Sexo: M() F()		
INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE				
Convênio:		G.Sanguineo:		F.RH:
Alergia ()SIM ()NÃO A que: _____				
Medicação indicada:				
Você possui algum plano de saúde? Qual? UNIMED ☐ BRADESCO SAÚDE ☐ HAPVIDA ☐ REAL ☐ AMIL ☐ SESI ☐ MANAUSMED ☐ OUTRO: _____ NÃO POSSUO ☐				
ANTECEDENTES PESSOAIS				
Responda por extenso SIM ou NÃO a cada questão seguinte. No caso de "sim" Qual?				
Diabetes		Hemofilia		
Hipertensão		Gastrite		
Hepatite		Asma		
Epilepsia		Crises Nervosas		
Anemia		Cardiopatía		
PATOLOGIAS ADQUIRIDAS				

() Caxumba () Varicela () Malária () Pneumonia () Sarampo
() Rubéola () Tuberculose () Hepatite () Outras

O aluno(a) faz o uso de algum medicamento de forma contínuo?

O aluno faz acompanhamento com algum especialista?

O aluno é pessoa com deficiência?

O aluno foi submetido a alguma cirurgia? () NÃO () SIM, QUAL?

Em caso de acidente, quais os procedimentos?

- () Encaminhar ao PS imediatamente
- () Só encaminhar ao PS com autorização dos pais
- () Aguardar a chegada dos pais
- () Encaminhar ao hospital de convênio

Outros: _____

Observação: _____

Manaus, ____ de ____ de ____

Assinatura do responsável