

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome (completo e sem abreviações):

CURSO:

**SAÚDE**

Possui convênio médico? ( ) Não ( ) Sim Qual?

Número da Carteira do Convênio:

Validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Número do Cartão do SUS:

Peso: \_\_\_\_\_Kg

Altura: \_\_\_\_\_m

Tipagem sanguínea:

Assinale com um X nas condições que alguma vez tenha apresentado ou que apresente com frequência:

- |  |               |              |               |
|--|---------------|--------------|---------------|
| ( ) Doença Renal (ou pedra nos rins)           | ( ) Asma      | ( ) Anemia   | ( ) Convulsão |
| ( ) Hemofilia (ou dificuldade de cicatrização) | ( ) Desmaio   | ( ) Diabetes | ( ) Enxaqueca |
| ( ) Hipertensão (pressão alta)                 | ( ) Epilepsia | ( ) Hepatite | ( ) Depressão |
| ( ) Perda da consciência                       | ( ) Bronquite | ( ) Vômitos  | ( ) Náuseas   |
| ( ) Sangramento no nariz                       | ( ) Diarreia  | ( ) Gastrite |               |
| ( ) Outras: _____                              |               |              |               |
| ( ) Alergia: A que? _____                      |               |              |               |

No caso de estar **em tratamento** para alguma doença relate nos espaços abaixo e a medicação em uso:

Doença	Remédio	Frequência de uso	Uso crônico (contínuo)
			( ) Sim ( ) Não
			( ) Sim ( ) Não

Deverá fazer uso de alguma medicação durante o período das aulas? Se sim, quais?

Em caso de emergência, entrar em contato com: \_\_\_\_\_ tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ tel.: ( ) \_\_\_\_\_

Deseja acrescentar outra informação sobre sua saúde ou alguma orientação caso necessite de atendimento médico?

Apresenta algum tipo de deficiência, transtorno do espectro autista ou altas habilidades/superdotação?

( ) Não ( ) Sim. Qual?

Se sim, assinale abaixo quais recursos julga necessários.

- |                         |                      |                          |                     |
|-------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------|
| ( ) Auxílio Ledor       | ( ) Leitura Labial   | ( ) Intérprete de Libras | ( ) Guia Intérprete |
| ( ) Auxílio Transcrição | ( ) Prova em Braille | ( ) Outro                |                     |

DECLARO que todas as informações presentes nesses documentos são verdadeiras.

Suzano/SP \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal