**

Ensino Fundamental e Médio

**2025**

**FICHA DE INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO PAI OU RESPONSÁVEL À ESCOLA**

(FICHA MÉDICA)

| **DADOS DO ALUNO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do(a) aluno(a): | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Raça / Cor: | | | | | | | | **Branca** | | | | **Preta** | | | | | | | **Parda** | | | | | | | **Amarela** | | | | | | | | | | **Indígena** | | | | | | | | | **Não declarada** | | | | |
| Turma: | | | | | | | | **Escolher um item.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço completo: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de Nascimento: | | | | | | | | **Clique aqui para inserir uma data.** | | | | | | | | | | | | | | | | | Local: | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | |
| Com quem o aluno mora? | | | | | | | | Pais | | | | | | | | | Pai | | | | | | | | | | | | Mãe | | | | | | | | | | | | Outro | | | | | | | | |
| *Outro responsável*, especificar: | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FAMILIAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do pai: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de Nascimento: | | | | | | | | **Clique aqui para inserir uma data.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Empresa em que trabalha: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone Comercial: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Celular: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome da mãe: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de Nascimento: | | | | | | | | **Clique aqui para inserir uma data.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Empresa em que trabalha: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone Comercial: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Celular: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone Res. do Resp.: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Celular: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SAÚDE DO ALUNO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo sanguíneo: | | | | | | | | **A+** | | | **A-** | | | | | | **B+** | | | | | | **B-** | | | | | **AB+** | | | | | | | | | **AB+** | | | | | | **O+** | | | | | | **O-** |
| O médico do aluno é: | | | | | | | | **Alopata** | | | | | | | **Homeopata** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do médico: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Celular: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O aluno é alérgico a algum medicamento? | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quais? | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O aluno tem alergia alimentar? | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quais? | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Em caso de febre alta, **não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno,** qual medicamento poderá ser utilizado? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O aluno tem doença congênita? | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Qual? | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Caxumba | | | | Sarampo | | | | | | Rubéola | | | | | | | | | | | | Catapora | | | | | | | | | | | Escarlatina | | | | | | | | | | | | | | Coqueluche | | |
| Outras, quais? | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quando? | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| É Epilético? | | | | | | | | **Não** | | | | | | **Sim** | | | | | | Está em tratamento? | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | |
| É Hemofílico? | | | | | | | | **Não** | | | | | | **Sim** | | | | | | Está em tratamento? | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | |
| Tem Hipertensão? | | | | | | | | **Não** | | | | | | **Sim** | | | | | | Está em tratamento? | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | |
| É Asmático? | | | | | | | | **Não** | | | | | | **Sim** | | | | | | Está em tratamento? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | **Sim** | |
| O aluno possui necessidade Educacional Especial? | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo de necessidade:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MÚLTIPLA | | | AUTISTA INFANTIL | | | | | | | | | | FÍSICA – PARALISIA CEREBRAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SURDEZ SEVERA OU PROFUNDA | | | | | | | | | | | | | | | |
| CEGUEIRA | | | SURDO CEGUEIRA | | | | | | | | | | SÍNDROME DE DOWN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SURDEZ LEVE OU MODERADA | | | | | | | | | | | | | | | |
| BAIXA VISÃO | | | FÍSICA – CADEIRANTE | | | | | | | | | | SÍNDROME DE ASPERGER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTELECTUAL | | | FÍSICA OUTROS | | | | | | | | | | SÍNDROME DE RETT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ALTAS HABILIDADES / SUPERDOTAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | |
| É Diabético? | | | | | | | | **Não** | | | | | | **Sim** | | | | | | Depende de Insulina? | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | **Sim** | | | | | |
| Está fazendo algum tipo de tratamento? | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | **Sim (Especifique abaixo)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento: | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O aluno está ingerindo medicação específica? | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | **Sim (Especifique abaixo)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medicação: | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMAÇÕES GERAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O aluno vem para a escola de que forma? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A pé e sozinho** | | | | | | | **Alguém sempre vem trazê-lo** | | | | | | | | | | | | | | **De ônibus e sozinho** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Transporte Escolar** | | | | | | | | | | |
| O aluno está autorizado a deixar a escola sozinho? **(Ensino Fundamental I)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | |
| Em caso **negativo**, as únicas pessoas autorizadas a retirá-lo da escola são: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | RG: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | |
| Parentesco: | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | RG: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | |
| Parentesco: | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EMERGÊNCIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O aluno possui algum Plano de Saúde? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Não** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** | | | | | | | | | |
| Qual? | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº da Carteirinha: | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Em caso de necessidade, o aluno deverá ser removido para qual Hospital ou Clínica? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *No caso do estudante ser removido ao Hospital ou Clínica acima mencionado por um representante da escola, esta se isenta inteiramente de eventual pagamento com o tratamento, o qual caberá ao pai ou responsável que assinou a presente ficha médica e indicou o local de remoção do estudante.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno, quem deverá ser avisado? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parentesco: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone: | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | Celular: | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOTA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *PARA O RETORNO DOS ALUNOS ÀS SUAS RESIDÊNCIAS, RECOMENDA-SE QUE OS MESMOS ESPEREM DENTRO DA ESCOLA POR SEUS PAIS OU CONDUÇÃO ESCOLAR.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OBSERVAÇÕES:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * ESTA FICHA É A REFERÊNCIA QUE A ESCOLA UTILIZA PARA DIRIMIR DÚVIDAS A RESPEITO DA SAÚDE E AOS CUIDADOS ESPECÍFICOS DE CADA CRIANÇA. ELA CONTÉM IMPORTANTES INFORMAÇÕES SOBRE ALERGIAS, NECESSIDADES ESPECIAIS E OUTRAS. * QUAISQUER ALTERAÇÕES OCORRIDAS NOS DADOS CONTIDOS NESTA FICHA DEVERÃO SER IMEDIATAMENTE COMUNICADAS À COORDENAÇÃO. * AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTA FICHA SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS QUE AS PRESTARAM, E POSSUEM CARÁTER SIGILOSO. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ESTOU CIENTE DAS INFORMAÇÕES ACIMA.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsável pelo preenchimento da Ficha Médica: | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para digitar texto.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de preenchimento: | | | | | | | | | | | | | | | | **Clique aqui para inserir uma data.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |