

ANEXO G

FICHA DE DADOS MÉDICOS DE ALUNO

NOME COMPLETO: _____

IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

IDENTIDADE: _____ CPF: _____

END: (Rua, Av, etc.) _____

Nº: _____ COMPLEMENTO: (Apto, Bloco, etc) _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

UF: _____ CEP: _____ - _____

TELEFONE FIXO: _____

PAI: _____ CELULAR: _____

MÃE : _____ CELULAR: _____

TIPO SANG: _____ RH: _____

Nº FUSEX: _____

CONCURSADO AMPARADO

RESPONSÁVEL: EB MB FAB PMAM CBMAM CIVIL

POSSUI PLANO DE SAÚDE? NÃO SIM. QUAL? _____

POSSUI DOENÇAS PRÉVIAS? NÃO SIM. QUAIS? _____

POSSUI ALERGIAS? NÃO SIM. QUAIS? _____

AUTORIZA MEDICAÇÃO INJETÁVEL? NÃO SIM

AUTORIZA MEDICAÇÃO ORAL? NÃO SIM

Assinatura do Responsável