

**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