



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO DO PARANÁ
FICHA DE SAÚDE

DADOS DO(A) ESTUDANTE

CGM	Nome como consta na certidão de nascimento		
COD INEP	Nome social		
Filiação 1 <input type="checkbox"/> Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 1		Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial
Filiação 2 <input type="checkbox"/> Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 2		Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial
Filiação 3 <input type="checkbox"/> Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 3		Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial
Filiação 4 <input type="checkbox"/> Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 4		Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial
Na ausência dos responsáveis entrar em contato com		Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial
			Telefone para recado

HISTÓRICO DE SAÚDE DO(A) ESTUDANTE

Possui convênio ou Plano de Saúde? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, qual?	Contato/Carteira do Plano	Tipo sanguíneo / Fator RH
Faz uso de medicamento contínuo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, quais?	Em caso positivo, o responsável legal <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim , deverá autorizar a Instituição de Ensino a ministrar ser anexada uma cópia da o(s) medicamento(s)? prescrição médica	
OBS.: A cópia válida da prescrição médica, com a posologia e a medicação deverá ser entregue pelo(a) responsável legal à Instituição de Ensino, identificada com o nome completo do(a) estudante, série, turma e a posologia a ser ministrada.			
A vacinação do(a) estudante está "em dia" conforme prevê a Lei Federal n.º 14.886/24?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Após o início do ano letivo (matrícula), o esquema vacinal foi atualizado?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
O(a) estudante já realizou cirurgias?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, quais?	Se sim, deverá ser compartilhada nova cópia do comprovante de vacinação do(a) estudante.
O(a) estudante é alergico(a)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, qual tipo? <input type="checkbox"/> Medicamentos Quais? <input type="checkbox"/> Outras. Quais?	

Observações:

Doenças Crônicas

Asma/Bronquite Rinite alérgica Cardiopatia Convulsão/Doença neurológica Obesidade Doença da tireóide Epilepsia
 Hemofilia/Doenças do sangue _____ Hipertensão Arterial Diabetes* Transtornos psicológicos. Quais _____
 Intolerância a Lactose Doença Celíaca Outras. Quais

Observações:

Deficiências - obrigatório informar no requerimento de matrícula

<input type="checkbox"/> Visual	Especifique:		
<input type="checkbox"/> Auditiva	Especifique:		
<input type="checkbox"/> Física	Especifique:		
<input type="checkbox"/> Outra(s):	Especifique:		
O(a) estudante tem alguma restrição à prática de atividades físicas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, qual tipo?	Em caso positivo, o responsável deverá encaminhar à secretaria escolar o documento que ampara legalmente o impedimento ou que oriente sobre as restrições

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, responsável legal pelo(a) estudante acima citado(a), autorizo o Colégio/Escola _____, em caso de emergência, encaminhar/solicitar socorro médico, cabendo fazer os encaminhamentos necessários com a apresentação desta Ficha de Saúde e comunicar-me imediatamente ou a pessoa indicada na minha ausência ou impossibilidade de contato.

Responsável Legal

Nome: _____
CPF: _____

Local e data da solicitação da matrícula pelo responsável