



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 () Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 1	Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial	Telefone para recado
Filiação 2 () Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 2	Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial	Telefone para recado
Filiação 3 () Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 3	Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial	Telefone para recado
Filiação 4 () Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 4	Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial	Telefone para recado
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? () Não () Sim	Se sim, qual?	Contato/Carteira do Plano	Tipo sanguíneo / Fator RH
Faz uso de medicamento contínuo? () Não () Sim	Se sim, quais?	Em caso positivo, o responsável legal () Não () 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?	() Não () Sim	Após o início do ano letivo (matrícula), o esquema vacinal foi atualizado?	() Não () Sim
O(a) estudante já realizou cirurgias? () Não () Sim	Se sim, quais?	Se sim, deverá ser compartilhada nova cópia do comprovante de vacinação do(a) estudante.	
() Alimentos? Quais?			
O(a) estudante é alérgico(a)? () Não () Sim	Se sim, qual tipo? () Medicamentos	Quais?	
() 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

() Visual	Especifique:	
() Auditiva	Especifique:	
() Física	Especifique:	
() Outra(s):	Especifique:	
O(a) estudante tem alguma restrição à prática de atividades físicas? () Não () 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

Local e data da solicitação da matrícula pelo responsável

Nome: _____
CPF: _____