

**Aluno(a):** \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Turma: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

**Tipo Sanguíneo:** \_\_\_\_\_ **Fator RH:** \_\_\_\_\_

➤ Em caso de acidente, o colégio está autorizado a encaminhá-lo(a) ao atendimento do Seguro Educacional? ( ) Não ( ) Sim

Obs.: \_\_\_\_\_

➤ Se em caso de emergência médica a escola não conseguir contato com os pais ou responsáveis, a quem devemos contatar:

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_

### Tem algum problema crônico de saúde?

( ) Asma/Bronquite;

( ) Diabetes;

( ) Cardíaco;

( ) Enxaqueca;

( ) Convulsão;

( ) Outra(s): \_\_\_\_\_

**Já teve doenças contagiosas? ( ) Não ( ) Sim**

Qual? \_\_\_\_\_

**Possui alergia a algum tipo de medicamento? ( ) Não ( ) Sim**

Qual? \_\_\_\_\_

**Possui alguma alergia ou intolerância? ( ) Não ( ) Sim**

Qual? \_\_\_\_\_

**Tem acompanhamento médico especializado? ( ) Não ( ) Sim**

Qual: (pediatra/fisioterapeuta/psiquiatra) ...

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**Faz uso de algum medicamento? ( ) Não ( ) Sim.**

Qual: \_\_\_\_\_

**O medicamento é de uso contínuo? ( ) Não ( ) Sim**

**OBS:** \_\_\_\_\_

**OBS: Se o aluno precisar de medicamento constante ou em casos de crise, é necessário apresentar atestado médico anual referente ao medicamento e seu uso, para que o aluno possa ser medicado na escola.**

**Possui convênio Médico: ( ) Não ( ) Sim. Qual?** \_\_\_\_\_

Médico referência: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**Observações:**

- Toda e qualquer medicação que tiver de ser administrada ao aluno(a) no período em que estiver no Colégio será realizada somente mediante a entrega do medicamento com a respectiva receita médica.
- Nos casos de pediculose (piolho) ou escabiose (sarna) o(a) aluno(a) será encaminhado(a) para tratamento em casa, não podendo assistir às aulas até ser liberado(a) pela equipe de saúde. Esse procedimento é necessário para que se evite uma epidemia.
- O(a) aluno(a) afastado(a) do Colégio por qualquer doença contagiosa deverá apresentar atestado médico quando do retorno às atividades escolares.

Declaro ainda, estar ciente de que declaração inversa pode implicar na sanção penal prevista no Artigo 299 da Lei 2848/40, alterada pela Lei 9.777 de 26/12/1998.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Assinatura do Responsável Legal

**As informações contidas nesta ficha são de uso exclusivo do Colégio Universo para o ano de 2026.**