

ANEXO II

FORMULÁRIO DE SAÚDE

Edital nº 225/2022 - Recurso 1ª Chamada

IDENTIFICAÇÃO
Nome (completo e sem abreviações):
CURSO:

SAÚDE			
Possui convênio médico? () Não () Sim Qual?			
Número da Carteirinha do Convênio:	Validade: / /	Número do Cartão do SUS:	
Peso: _____ Kg	Altura: _____ m	Tipagem sanguínea:	
Assinale com um X nas condições que alguma vez tenha apresentado ou que apresente com frequência: () Doença Renal (ou pedra nos rins) () Asma () Anemia () Convulsão () Hemofilia (ou dificuldade de cicatrização) () Desmaio () Diabetes () Enxaqueca () Hipertensão (pressão alta) () Epilepsia () Hepatite () Depressão () Perda da consciência () Bronquite () Vômitos () Náuseas () Sangramento no nariz () Diarreia () Gastrite () Outras: _____ () Alergia: A que? _____			
No caso de estar em tratamento para alguma doença relate nos espaços abaixo e a medicação em uso:			
Doença	Remédio	Frequência de uso	Uso crônico (contínuo)
			() Sim () Não
			() Sim () Não
Deverá fazer uso de alguma medicação durante o período das aulas? Se sim, quais?			
Em caso de emergência, entrar em contato com:			
Nome: _____ tel.: () _____			
_____ tel.: () _____			
Deseja acrescentar outra informação sobre sua saúde ou alguma orientação caso necessite de atendimento médico?			
Apresenta algum tipo de deficiência, transtorno do espectro autista ou altas habilidades/superdotação?			
() Não () Sim. Qual?			
Se sim, assinale abaixo quais recursos julga necessários.			

ANEXO II
FORMULÁRIO DE SAÚDE

() Auxílio Ledor	() Leitura Labial	() Intérprete de Libras	() Guia Intérprete
() Auxílio Transcrição	() Prova em Braille	() Outro	

DECLARO que todas as informações presentes nesses documentos são verdadeiras.

São Carlos, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal