

## 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**

<input type="checkbox"/> Auxílio Ledor	<input type="checkbox"/> Leitura Labial	<input type="checkbox"/> Intérprete de Libras	<input type="checkbox"/> Guia Intérprete
<input type="checkbox"/> Auxílio Transcrição	<input type="checkbox"/> Prova em Braille	<input type="checkbox"/> Outro	

DECLARO que todas as informações presentes nesses documentos são verdadeiras.

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

---

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