



Departamento de saúde e bem-estar - Ficha de Saúde - Escolas e Grupos

Período da viagem de ____/____/20____ a ____/____/20____

Este documento é parte integrante do contrato de adesão e normas, juntamente com a ficha de inscrição, o folheto de orientações gerais e prospecto da unidade.

Nome do Aluno(a)			Sexo () M () F	
Escola		Ano / Série	Idade	Data de nascimento ____/____/____
C.P.F.	R.G. (Obrigatório)	Órgão Emissor	E-mail do Aluno (a)	
Endereço				
Bairro	Cidade			UF CEP
Celular do Aluno(a) ()		Telefone Residencial (1) ()	Telefone Residencial (2) ()	
Mora com: () Pai () Mãe () Ambos () Outro responsável - parentesco:				
Nome do Pai		C.P.F. (Obrigatório)	R.G.	Data de Nascimento
Celular ()	Telefone Comercial ()	E-mail		
Profissão / Cargo		Empresa		
Nome da Mãe		C.P.F. (Obrigatório)	R.G.	Data de Nascimento
Celular ()	Telefone Comercial ()	E-mail		
Profissão / Cargo		Empresa		
Nome (em caso de ser outro responsável)		Grau de Parentesco	C.P.F.	R.G. Data de Nascimento
Celular ()	Telefone Comercial ()	E-mail		
Profissão / Cargo		Empresa		

Na ausência dos pais ou responsáveis, comunicar-se com:

Nome _____ Parentesco _____ Telefone () _____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta ficha deverá ser preenchida em data próxima ao embarque para que as informações nela contidas estejam atualizadas.

Deverá ser completa e corretamente preenchida pelos pais/responsáveis do aluno, com letra legível e entregue com antecedência ao responsável da viagem.

Só embarcarão os alunos que tiverem apresentado esta ficha preenchida. **Não devolver esta ficha ao NR.**

É imprescindível que esta ficha seja entregue e acompanhada de **uma cópia simples do RG do aluno ou Certidão de Nascimento do aluno.**

Remédios que o aluno deverá tomar durante o período do acampamento deverão ser levados em quantidade suficiente, com as devidas prescrições e entregues na partida ao responsável do grupo. **Atenção: estes medicamentos serão ministrados somente se acompanhados da receita médica.**

Todos os alunos estão cobertos por um seguro viagem para assistência médica que cobrirá eventuais custos com **acidentes** no período da viagem ao NR. Conforme consta no folheto de orientações gerais e condições contratuais.

O serviço de assistência médica/seguro-viagem não cobrirá despesas nos casos de:

- *Tratamentos e serviços suplementares executados em função de acidentes gerados por infração do aluno às regras gerais e normas de segurança do acampamento.*
- *Tratamento de moléstias ou estados patológicos provocados pela ingestão de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos, uso de bebidas alcoólicas ou remédios sem receita médica.*
- *Tratamentos e serviços suplementares ocasionados na origem da viagem.*
- *Tratamentos e serviços suplementares executados após o término da viagem, mesmo que em continuidade ao tratamento iniciado no NR.*

No caso de ocorrência de doença contagiosa e/ou de caráter severo ou transgressão das regras e normas de convivência durante o acampamento por parte do aluno, os pais/responsáveis serão acionados e terão a responsabilidade de providenciar a retirada imediata do aluno da temporada.

Por favor preencha o verso deste formulário. É muito importante para a segurança do(a) aluno(a).

Sugerimos uma consulta médica/odontológica e verificação de vacinas antes da viagem

PESO _____ Kg	ALTURA _____ m _____ cm	TIPO SANGÜÍNEO	CONVÊNIO MÉDICO	NÚMERO DA CARTEIRINHA
NOME DO PEDIATRA / MÉDICO			TELEFONES PARA CONTATO	
Faz ou fez acompanhamento médico ou psicológico?		() não	() sim	EM CASO POSITIVO, QUAL O MOTIVO?
Vacinas:	Gripe: / /	Tétano: / /	Febre Amarela: / /	
Trata-se com:	() homeopatia	() alopatia	() outros	QUAL?
Como deve ser medicado em caso de: <i>(indique nome(s) do(s) remédio(s) e posologia - nome do genérico se disponível)</i>				
Febre		Dor de cabeça		
Enjoo		Dor muscular		
Tosse		Dor de ouvido		
Diarreia		Cólica intestinal		
Dor de garganta		Reação alérgica		

APRESENTA:

DIABETES	() não	() sim	INSTRUÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E HORÁRIOS
CONVULSÕES	() não	() sim	INSTRUÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E HORÁRIOS
ASMA OU BRONQUITE	() não	() sim	FATOR DESENCADEANTE E INSTRUÇÕES
INFECÇÕES FREQUENTES	() não	() sim	INSTRUÇÕES
ENURESE NOTURNA	() não	() sim	INSTRUÇÕES
SONAMBULISMO	() não	() sim	INSTRUÇÕES
RESTRIÇÃO À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	() não	() sim	EM CASO POSITIVO, QUAL?
ALERGIA AO USO DE ALGUM MEDICAMENTO	() não	() sim	EM CASO POSITIVO, QUAL?
OUTRAS ALERGIAS	() não	() sim	FATOR DESENCADEANTE E INSTRUÇÕES
ALGUMA DEFICIÊNCIA	() não	() sim	EM CASO POSITIVO, QUAL?
RESTRIÇÕES ALIMENTARES	() não	() sim	EM CASO POSITIVO, QUAL?

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE

Atesto que li o contrato de adesão e demais documentos que dele fazem parte (nr.com.br/servicos), estou ciente das normas gerais do acampamento e da natureza de suas atividades e declaro verdadeiras as informações prestadas nestes documentos, não omitindo nenhuma informação de importância ou que possa comprometer o atendimento e segurança do aluno.

Desta forma, autorizo o aluno _____ do _____º ano do ensino _____ da escola _____ a viajar e participar do acampamento do NR no período de ____/____/____ a ____/____/____, estando aos cuidados e sob a responsabilidade do acompanhante responsável dessa escola/grupo com o apoio da equipe NR para decidir sobre questões comportamentais ou de saúde, podendo ser medicado com os remédios citados nessa ficha e também receber o devido atendimento de emergência e encaminhamento hospitalar se necessário. Também autorizo a participação desse aluno em todas as atividades oferecidas pelo NR durante sua estada, dentre elas: atividades aquáticas, tirolesa, parede de escalada, hover board, cama elástica, equitação, trilhas e excursões, estando ciente dos riscos intrínsecos em sua prática.

Em caso de não autorização da participação do aluno em alguma atividade, citá-la abaixo, justificando:

_____, ____/____/20____

Pai/Mãe ou Responsável

Para uso do NR
