



# **Ficha de Saúde, Termo de Responsabilidade e Autorização de Viagem**

Preenchimento obrigatório a todos os participantes. Após o preenchimento digital, realize a impressão do documento e entregue-o impresso ao organizador do evento por parte da escola/grupo.

O organizador ficará responsável pelas documentações de todos os participantes do grupo e entregará esta ficha ao Departamento de Saúde e Bem-Estar NR na chegada ao resort no primeiro dia do evento.

## **Observações:**

- Fique atento ao prazo para a entrega desta ficha;
- O prazo é determinado pelo organizador do evento em sua escola ou grupo;
- Ao imprimir este documento, pede-se ignorar esta primeira página.



# Ficha de Saúde – Termo de Responsabilidade e Autorização de Viagem

## Escolas e Grupos – Departamento de Saúde e Bem-estar

Período da viagem de \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

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.**

**NÃO DEVOLVER ESTA FICHA AO NR.** Só embarcarão os alunos que tiverem apresentado esta ficha preenchida.

Nome do Aluno(a)			Sexo ( ) M ( ) F	
Escola		Ano / Série	Idade	Data de nascimento ____/____/____
C.P.F. (Obrigatório)	R.G. (Obrigatório)	Órgão Emissor		
Endereço				
Bairro	Cidade		UF	CEP
Mora com: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Ambos ( ) Outro responsável - parentesco:				
Nome do responsável (Inserir parentesco entre parênteses)		C.P.F. (Obrigatório)	R.G.	Data de Nascimento
Celular ( )	Telefone ( )	Telefone (Outro) ( )		
Profissão				
Nome do responsável (Inserir parentesco entre parênteses)		C.P.F. (Obrigatório)	R.G.	Data de Nascimento
Celular ( )	Telefone ( )	Telefone (Outro) ( )		
Profissão				

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

Nome \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Telefone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

**Atenção:** Remédios que o aluno deverá tomar durante o período do evento deverão ser levados em quantidade suficiente, com as devidas prescrições e entregues na partida ao responsável do grupo, que ficará de posse dos mesmos, e terá a responsabilidade pela administração.

Caso o aluno faça uso de medicação cuja administração dependa da assistência de profissional da saúde, o responsável pelo grupo terá a responsabilidade de entregar a devida prescrição à equipe de enfermagem do NR, que fará a administração, sempre na presença do responsável pelo grupo. Referida informação deverá ser prestada ao NR com, no mínimo, 5 dias de antecedência da data do início do acampamento para que ele possa avaliar se sua estrutura viabiliza a aplicação por sua equipe de enfermagem.

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: (i) Tratamentos e serviços suplementares decorrentes de acidentes, doenças ou lesões pré-existentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas no momento da contratação, inclusive as congênicas; (ii) Tratamentos e serviços suplementares decorrentes de questões de saúde individuais e/ou que estejam relacionadas a doenças pré-existentes; (iii) Tratamentos e serviços suplementares executados em função de acidentes gerados por infração do aluno às regras gerais e normas de segurança do NR; (iv) Tratamento de moléstias ou estados patológicos provocados pela ingestão de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos, uso de bebidas alcoólicas ou remédios sem receita médica; (v) Tratamentos e serviços suplementares ocasionados na origem da viagem; e (vi) 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, ocorrendo a indicação médica que determine repouso e/ou atendimento médico especializado ou, ainda, havendo transgressão das regras e normas de convivência durante o evento por parte do aluno, os pais/responsáveis serão acionados e terão a responsabilidade de providenciar a retirada imediata do aluno do evento.

**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

TIPO SANGUÍNEO		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: / /	COVID-19 Dose / /	2a Dose / /	3a Dose / /
Como deve ser medicado em caso de: (indique nome(s) do(s) remédio(s) e posologia - nome do genérico se disponível)					PESO _____ Kg
Febre		Dor de cabeça			
Enjoo		Cólica intestinal			
Tosse		Dor de ouvido			
Dor de garganta		Em caso de reação alérgica			
Dor muscular		Diarreia / Gases			

### APRESENTA:

DIABETES	( ) não	( ) sim	INSTRUÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E HORÁRIOS (SOLICITAR FICHA ESPECÍFICA PARA ASSESSORIA@NR.COM.BR)
CONVULSÕES	( ) não	( ) sim	INSTRUÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E HORÁRIOS
ASMA OU BRONQUITE	( ) não	( ) sim	FATOR DESENCADEANTE E 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? (SOLICITAR FICHA ESPECÍFICA PARA ASSESSORIA@NR.COM.BR)
OUTROS (ENURESE NOTURNA, SONAMBULISTO ETC)	DESCRIÇÃO: INSTRUÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E HORÁRIOS		

### TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO DE VIAGEM

Atesto que li o contrato de adesão e demais documentos que dele fazem parte (nr.com.br/servicos), estou ciente das normas gerais do NR 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 evento do NR (assinale com um X) no Resort Sapucaí-Mirim ( ) ou Resort Santo Antônio do Pinhal ( ) localizados na cidade de Sapucaí-Mirim - MG no período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, estando aos cuidados e sob a responsabilidade do acompanhante responsável dessa escola/grupo, inclusive para tomadas de decisão sobre sua saúde.

O aluno pode ser medicado com os remédios citados nessa ficha e também receber o devido atendimento de primeiros-socorros e encaminhamento hospitalar se necessário.

Estou ciente de que o NR está localizado na cidade de Sapucaí Mirim, estando a base de SAMU mais próxima situada em Paraisópolis, há 30 km de distância. O Posto de Saúde Municipal de Sapucaí Mirim dispõe de ambulância de plantão (Indicação nº 015/2015), a qual será acionada prioritariamente em caso de necessidade. Na ausência da ambulância, o NR pode optar por acionar o SAMU ou transportar o aluno em veículo próprio, ainda que não destinado ao atendimento à saúde, à unidade de saúde mais próxima.

**ATENÇÃO:** Estou ciente de que o aluno não deverá embarcar caso apresente qualquer doença infecto contagiosa.

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, trilhas e excursões, estando ciente dos riscos intrínsecos em sua prática.

Caso o aluno tenha restrições à qualquer atividade, seja por motivos físicos (doenças, incapacidades ou avaliação médica) ou emocionais (medo, insegurança ou psicológico), pedimos que seja comunicado à escola para que o responsável do grupo o acompanhe durante as atividades.

**Em caso de não autorização da participação do aluno em alguma atividade, citá-la abaixo, justificando, e comunicar a escola para que o responsável pelo grupo possa tomar as medidas necessárias:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Pai/Mãe ou Responsável