



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, desconsidere a primeira página;
 - Arquivo digital editável para o pai preencher ele digitalmente.



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 congênitas; (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, desde que constatada por avaliação médica e mediante recomendação de repouso, isolamento e/ou atendimento especializado, ou ainda em situações de transgressão grave às regras e normas de convivência durante o evento, os pais/responsáveis serão imediatamente acionados. Estes deverão providenciar a retirada do aluno do evento, a fim de preservar sua saúde e bem-estar, bem como a segurança dos demais participantes.

Se, em razão da distância ou de circunstâncias extraordinárias, não for possível efetuar a retirada imediata, o aluno poderá ser acolhido em um espaço adequado e seguro, com o devido acompanhamento e suporte necessário até o final do evento ou até que os responsáveis possam buscá-lo. Durante este período, o aluno não participará das atividades regulares do evento, mas serão garantidos cuidados básicos, supervisão constante e, se necessário, atendimento médico.

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, SONAMBULISMO 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