



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 ou do grupo.

O responsável do grupo 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 editável para o responsável do participante preenchê-lo 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 acompanhada de uma cópia simples do RG do aluno ou da Certidão de Nascimento do aluno.
- Deverá ser completa e corretamente preenchida pelos pais/responsáveis do aluno, com letra legível e entregue com antecedência ao organizador 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 do responsável ()	Telefone ()	Telefone (Outro) ()		
Profissão				
Nome do responsável (Inserir parentesco entre parênteses)		C.P.F. (Obrigatório)	R.G.	Data de Nascimento
Celular do responsável ()	Telefone ()	Telefone (Outro) ()		
Profissão				

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

Nome _____ Parentesco _____ Telefone (_____) _____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

Vacinação: É necessário que todas as vacinas do aluno estejam em dia antes do evento.

Doença infectocontagiosa: Estou ciente de que o aluno não deverá embarcar caso apresente qualquer doença infectocontagiosa.

Medicamentos específicos: Caso o aluno tenha que tomar algum medicamento durante o período do evento, deverá ser preenchida a Ficha de Controle de Medicamentos disponível em <https://nr.com.br/informacoes-viagens-educacionais/>. 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. Prestamos o auxílio em caso de medicamentos injetáveis refrigerados. 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.

Diabetes: Para participantes diagnosticados com diabetes, independentemente do tipo, é necessário preencher a Ficha de Atendimento para Pessoas com Diabetes, disponível em <https://nr.com.br/informacoes-viagens-educacionais/>.

Restrições alimentares: Havendo quaisquer restrições alimentares por parte do participante (como alergias, intolerâncias ou outras condições que exijam o controle alimentar), deverá ser preenchida a Ficha de Restrições Alimentares, disponível em <https://nr.com.br/informacoes-viagens-educacionais/>.

Atestado médico: Caso o aluno possua condição de saúde que demande atenção ou tratamento diferenciado, limitação, necessidade específica ou histórico clínico que possa demandar cuidados adicionais, restrições de esforço físico ou acompanhamento diferenciado, deverá ser apresentado atestado médico juntamente com esta ficha, autorizando a participação do aluno no evento e nas atividades que serão realizadas.

Seguro: 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 cuja exclusão esteja indicada na apólice ou condições gerais do seguro, tais como: (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.

Afastamento por motivos de saúde: 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, 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, e, se necessário, atendimento médico. Após a saída do local, o aluno não poderá retornar para participar do mesmo evento, independentemente de ter atestado médico autorizando.

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

ESTE DOCUMENTO É PARTE INTEGRANTE DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, JUNTAMENTE COM A FICHA DE INSCRIÇÃO, ARQUIVO DE ORIENTAÇÕES GERAIS E PROSPECTO DA VIAGEM, APÓLICE E CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E, QUANDO O CASO, FICHA DE CONTROLE DE MEDICAMENTOS, FICHA DE ATENDIMENTO PARA PESSOAS COM DIABETES E FICHA DE RESTRIÇÕES ALIMENTARES.

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

Tipo sanguíneo		Convênio médico		Número da carteirinha	
A indicação de nome e telefone do profissional que faz o acompanhamento médico implica autorização para contato, em caso de emergência. Nome do pediatra/ médico:				Telefones para contato com o médico	
Faz ou fez acompanhamento médico ou psicológico?		() não	() sim	Em caso positivo, qual o motivo?	
Vacinas:	Gripe: / /	Tétano: / /	COVID: 1ª Dose / /	2ª Dose / /	3ª Dose / /
Como deve ser medicado em caso de: <i>(Indique nome(s) do(s) remédio(s) e posologia - nome do genérico se disponível)</i>					Peso _____ Kg
Febre		Azia Má digestão			
Enjoo Vômito		Cólica intestinal			
Tosse		Dor de ouvido			
Dor de garganta		Em caso de reação alérgica			
Dor muscular		Diarreia Gases			
Dor de cabeça		Constipação			

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)
Transtornos alimentares	() não	() sim	Em caso positivo, qual? Há fatores desencadeantes e instruções?
Depressão ou ansiedade	() não	() sim	Em caso positivo, qual? Há fator desencadeante de eventuais crises e instruções?
Outras questões psicológicas	() não	() sim	Fator desencadeante de eventuais crises e instruções
Está fazendo uso regular de alguma medicação?	() não	() sim	Se sim, qual(quais)?
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 a 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 nesta ficha e também receber o devido atendimento de primeiros-socorros e encaminhamento hospitalar se necessário, nos termos descritos no contrato de adesão.

Estou ciente de que o NR está localizado na cidade de Sapucaí-Mirim, em área afastada de centros urbanos. As Unidades de Saúde mais próximas do local são: Santa Casa de Misericórdia de São Bento do Sapucaí – SP, Hospital 10 de Julho - Pindamonhangaba – SP, Hospital Ubarana - Taubaté – SP, e Orthoservice - São José dos Campos - SP. A base de SAMU mais próxima está situada em Paraisópolis, MG, a aproximados 30 a 40 km de distância. O Posto de Saúde Municipal de Sapucaí-Mirim dispõe de ambulância de plantão (Indicação nº 015/2015). O NR possui ambulância própria para remoção. O NR também possui outros veículos próprios não destinados exclusivamente ao atendimento à saúde. Em caso de urgência ou emergência, caberá à equipe do NR avaliar a conduta mais adequada.

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

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, e demais atividades lúdicas e/ou esportivas em ambiente natural, estando ciente dos riscos intrínsecos à sua prática.

Caso o aluno tenha restrições a qualquer atividade, seja por motivos físicos (doenças, incapacidades ou avaliação médica) ou emocionais (medo, insegurança ou psicológico), pedimos que sejam comunicadas 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