

CADASTRO DE INFORMAÇÕES PESSOAIS

- 1. Finalidade:** Subsidiar a Escola no processo de adaptação aos protocolos sanitários da Secretaria Estadual de Saúde – SES-MG, as orientações do Ministério de Saúde – MS e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, no combate a prevenção da COVID-19.
- 2. Responsabilidade:** As informações são de inteira responsabilidade do signatário do formulário. Elas possuem caráter sigiloso e não podem ser utilizados para fins discriminatórios, ilícitos ou abusivos (Lei 13.709/2018).
- 3. Obrigatoriedade:** Constitui documento obrigatório no processo de matrícula e re matrícula, devendo ser enviado eletronicamente, juntamente com os demais documentos exigidos na matrícula Curso.

Nome aluno(a) _____

Data de Nasc. _____ CPF: _____

Possui plano de Saúde? SIM NÃO Nº Carteira _____

Nº da Carteira do SUS: _____

Nome do Responsável: _____

EM CASO DE EMERGÊNCIA CONTATAR:

Nome: _____ Parentesco: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Nome: _____ Parentesco: _____

Telefone: _____ Celular: _____

CONDIÇÕES FÍSICAS

Tipo sanguíneo/Fator RH? _____

Tem alguma Necessidades Especiais para o Atendimento Educacional?
SIM () NÃO ()

Se positivo, qual:

Mobiliário/Espaço físico Visão Audição Locomoção Outra

Necessita de alguma adaptação? SIM NÃO

Especifique: _____

É diabético? SIM NÃO

Tem histórico de algum tipo de alergia? SIM NÃO

Especifique: _____

Tem histórico de doença bronco respiratório? SIM NÃO

Especifique: _____

Tem histórico de doença do ouvido, nariz e/ou garganta? SIM NÃO

Especifique: _____

Tem histórico de doença gastrointestinal? SIM NÃO

Especifique: _____

Tem histórico de doença neurológica? SIM NÃO

Especifique: _____

Tem histórico de doença cardiovascular? SIM NÃO

Especifique: _____

Tem alguma restrição alimentar? SIM NÃO

Especifique: _____

Já realizou alguma vez o teste para COVID-19? SIM NÃO

Testou positivo para COVID-19? SIM NÃO Data: _____

Alguma pessoa no núcleo familiar já testou positivo para COVID-19?
SIM NÃO

Grau de parentesco: _____ menos de 15 dias mais de 15 dias



Atualmente, está sob tratamento de saúde? SIM NÃO

Especifique: _____

Faz uso de algum medicamento? SIM NÃO

Especifique: _____

Além das informações anteriores, há alguma outra informação o sobre seu estado de saúde que deseja relatar? SIM NÃO

DECLARO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS.

(local e data)

(Assinatura do Aluno/a)

(Assinatura do Responsável)