

## Anexo F – Ficha de Urgência e Emergência

### FICHA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (PREENCHIMENTO COM LETRA DE FORMA)

FOTO  
3 X 4

#### 1 – Identificação do(a) Aluno(a):

Nome: \_\_\_\_\_

Ano /Série: \_\_\_\_\_° Ensino Fundamental ( )      Ensino Médio ( )      Turma: \_\_\_\_\_

#### 2 – Dados do Responsável pelo Aluno na Escola:

a) Nome: \_\_\_\_\_

b) Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

c) Telefones:

– residencial: \_\_\_\_\_

– celular: \_\_\_\_\_

– comercial: \_\_\_\_\_

#### 3 – Informações Médicas do Aluno:

a) Apresenta alergia a alguma medicação? ( )SIM ( )NÃO

- Em caso afirmativo, qual(is)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Possui alguma doença crônica? ( )SIM ( )NÃO

- Em caso afirmativo, qual(is)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Faz uso contínuo de alguma medicação? ( )SIM ( )NÃO

- Em caso afirmativo, listar medicações no quadro abaixo:

| MEDICAÇÃO | HORÁRIO | DOSAGEM |
|-----------|---------|---------|
|           |         |         |
|           |         |         |
|           |         |         |
|           |         |         |
|           |         |         |
|           |         |         |
|           |         |         |

d) Possui alergia a algum alimento? ( )SIM ( )NÃO

- Em caso afirmativo, qual(is)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) Possui intolerância a algum alimento? ( )SIM ( )NÃO

- Em caso afirmativo, qual(is)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f) Já apresentou algum desmaio ou convulsão? ( )SIM ( )NÃO

g) Possui algum problema cardíaco? ( )SIM ( )NÃO

- Em caso afirmativo, qual (is)?

---

---

h) Realiza algum acompanhamento médico? ( )SIM ( )NÃO

- Em caso afirmativo, qual (is)?

---

---

---

#### 4 – Em caso de doença ou acidente ocorrido na Escola, a quem deve ser comunicado?

**a) 1ª opção:**

– Nome: \_\_\_\_\_

– Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

– Telefones:

– residencial: \_\_\_\_\_

– celular: \_\_\_\_\_

– comercial: \_\_\_\_\_

**b) 2ª opção:**

– Nome: \_\_\_\_\_

– Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

– Telefones:

– residencial: \_\_\_\_\_

– celular: \_\_\_\_\_

– comercial: \_\_\_\_\_

#### 5 - Declaração do Responsável pelo(a) aluno(a):

Declaro que estou ciente de que a Escola Tenente Rêgo Barros **não dispõe** de medicamentos para serem administrados aos alunos. Caso o aluno necessite fazer uso de algum medicamento, no horário escolar, somente poderá ser administrado mediante a apresentação de receita médica ou do registro feito pelo responsável na presente ficha. Além disso, a medicação a ser administrada deverá ser trazida pelo aluno.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Responsável