



Projeto Mirim e Aspirante
Bombeiros Voluntários de Guaramirim



FICHA MÉDICA

Nome: _____ . RG: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Data de Nascimento: ____/____/____

Altura: _____ Peso: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____

UTILIZA OS SEGUINTE EQUIPAMENTOS DE AUXÍLIO: () Não () Sim

() Óculos () Lentes de Contato () Aparelhos Dentários () Sondas

() outros: _____

DOENÇAS JÁ OCORRIDAS OU EM TRATAMENTO: () Não () Sim

() Asma () Bronquite () Catapora () Caxumba () Convulsões () Desmaios

() Dengue () Epilepsia () Hemofilia () Hemorragias () Hepatite () Rubéola

() Sarampo () Sinusite

() em tratamento: _____

MEDICAMENTOS EM USO: () Não () Sim

Nome do Medicamento	Uso contínuo	Informações

Permite administrar medicamentos por profissionais em saúde que atuam no grupo? () Não () Sim

Informações: _____

EMERGÊNCIAS MÉDICAS:

() Aguardar acompanhamento dos pais ou responsável

() Aceita decisões médicas

Avisar em emergências () Pais () outro: _____

Plano de Saúde () Não () Sim, qual? _____ Nº da carteirinha: _____

Médico de preferência: _____ Telefone: _____

ALERGIAS: () Não () Sim

() Picada de inseto, cite qual: _____

() Medicamentos, cite qual: _____

() Plantas, cite qual: _____

() Alimentos, cite qual: _____

() outros: _____

INFORMAÇÕES GERAIS:

() Impedimento físico, cite qual: _____

() Restrições a alimentos, cite qual: _____

() Problemas cardíacos, cite qual: _____

Sabe nadar () Sim () Não

É sonâmbulo () Sim () Não

DISTÚRBIOS PSICOLÓGICOS:

Apresenta distúrbio de comportamento, exemplo: Conduta, Hiperatividade por déficit de atenção, oposição desafiante, etc? () Não () Sim

Cite: _____

Apresenta distúrbio alimentar, exemplo: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, etc. () Não () Sim

Cite: _____

Apresenta distúrbio de Ansiedade Física, exemplo: distúrbio de pânico, agorafobia (lugares fechados ou abertos), fobia social, etc. () Não () Sim

Cite: _____

DEFICIÊNCIAS: () Não () Sim

() Física. Cite: _____

() Visual. Cite: _____

() Auditiva. Cite: _____

() Intelectual. Cite: _____

Eu _____ responsável legal da criança/adolescente citada na pág. 01 deste documento, portador do RG nº _____, inscrito no CPF nº _____, declaro para manter a saúde e bem estar do participante no projeto bombeiro mirim e aspirante, ofertado pela Associação de Serviços Sociais Voluntários de Guaramirim, denominada por Bombeiros Voluntários de Guaramirim, para fins de direito, sob as penas da lei, que todas as informações declaradas e prestadas são verdadeiras e autênticas. Declaro ainda ter total responsabilidade sobre toda e qualquer complicação de saúde da criança/adolescente, na qual, através dessa declaração assumo total responsabilidade de comunicar e atualizar as informações referentes ao estado saúde da criança/adolescente à instituição qualificada anteriormente. **(A assinatura deste documento deve ser reconhecida em cartório).**

Nome completo do responsável: _____

Assinatura: _____