



ANEXO II - 2024

TERMO DE DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

DECLARO, sob as penas do art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 07/12/1940 - Código Penal Brasileiro, neste ato, para absoluta validade do aqui disposto, que são inteiramente verdadeiras as informações ora fornecidas, destinadas ao melhor atendimento do(a) aluno(a):

Aluno(a): _____

Contratante (Responsável financeiro): _____

Pediatra: _____ Tel: _____

Outros médicos: _____ Especialidades _____

Tel.: _____

Em situação de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis, procurar:

- Nome: _____ Parentesco: _____

Tel: _____

- Nome: _____ Parentesco: _____

Tel: _____

1- Em caso de febre, que medicamento poderá ser dado? Em que quantidade? A partir de que temperatura?

2- Faz uso regular de algum medicamento?

Em

casa: _____

OBS: O responsável legal está ciente de que o(a) aluno(a) não deverá trazer para a escola remédios, sendo certo que se houver recomendação médica para que o aluno use determinada medicação no horário escolar, a medicação deverá conter rótulo, bem como estar acompanhada

de receita médica e, diariamente, de orientação por escrito do responsável quanto aos horários e dosagem, conforme cláusula contratual.

3- O (a) aluno(a) possui plano de saúde? Em caso positivo, qual? _____

3- Em sendo possível e viável, preferencialmente, para qual hospital o(a) aluno(a) poderá ser levado(a)? _____

OBS: Não havendo indicação por escrito de hospital ou, diante da urgência, não sendo possível encaminhar o(a) aluno(a) BENEFICIÁRIO(A) à unidade estipulada, será levado(a) à unidade de saúde mais próxima ou a qualquer outra que tenha condições de efetuar o atendimento adequado.

4- Nome do médico do aluno: _____

() alopata () homeopata

Endereço: _____

Tels: _____

5- O(a) aluno(a) é alérgico (a) – ex: alergia respiratória, de pele, alimentar, etc.? Especificar no caso afirmativo.

6.1- O (a) aluno(a) é alérgico (a) a algum medicamento? Qual(is) ?

6.2- Cuidados que precisam ser tomados na escola:

6- Quais doenças comuns da infância (catapora, sarampo, caxumba, rubéola, etc.) o(a) aluno(a) já contraiu? Quando? _____

7- O(a) aluno(a) possui doença congênita? () Sim () Não Qual?

8- Tem hipertensão? () Sim () Não

10- É hemofílico? () Sim () Não

11- É diabético? () Sim () Não

Em caso afirmativo, é dependente de insulina? () Sim () Não

12- É epilético? () Sim () Não

Em caso afirmativo, está em tratamento? () Sim () Não

13- Já teve convulsão: () Sim () Não de que tipo? _____

Faz uso de medicação? () Sim () Não Qual (is)? _____

14- É asmático? () Sim () Não

15- Possui alguma alteração visual ? () Sim () Não

Em caso afirmativo, usa óculos ou lente de contato? () Sim () Não

16- Possui alteração auditiva? () Sim () Não

Qual a proposta de tratamento ? _____

17- É deficiente físico? () Sim () Não

18- O (a) aluno(a) possui alguma deficiência, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação?

() Sim () Não

Qual ?

OBS: Conforme previsto no Contrato de Prestação de Serviço de Educação Escolar, fica, desde já, ciente o CONTRATANTE que poderá a CONTRATADA, sempre que se fizer necessário, requerer laudos de saúde do(a) ALUNO(A) BENEFICIÁRIO(A), fornecidos por especialistas, cujos resultados são imprescindíveis para: elaboração do Plano de Atendimento Educacional individualizado – PAEI, desenvolvimento pedagógico do aluno e para um maior aproveitamento de suas competências.

19- Está com o esquema vacinal básico (posto de Saúde e campanhas) em dia ?

20- Foram feitas outras vacinas em clínica de vacinação? Quais? Quando?

21- Apresenta alguma infecção de repetição (ex.: pneumonia, otite, amigdalite, infecção urinária etc.)?

Qual(is)? _____

22- Recentemente foram realizados exames (citar diagnóstico e tratamento):

a) Oftalmológico: _____

b) Audiometria: _____

c)-Parasitológico:_____

23- Faz atendimento:

a) Fonoaudiológico? Há quanto tempo?_____

b) Psicológico? Há quanto tempo?_____

c) Neurológico? Há quanto tempo?_____

d) Outro(s)?_____ Há quanto tempo?_____

OBS: Em caso positivo, favor enviar, por escrito, a avaliação do profissional para a escola.

24- Outras informações consideradas importantes pelo responsável:

25- De acordo com a Lei Estadual RJ nº 6683/2014 poderão ser anexados, a pedido dos responsáveis pelo(a) aluno(a), os resultados de testes antialérgicos, de glicemia ou outros que sejam pertinentes, mediante a apresentação de cópia dos respectivos exames. Caso seja de interesse do responsável, favor, anexar os mesmos na presente declaração.

Declaro que o(a) aluno(a)_____

() NÃO possui () POSSUI deficiência ou doença que o(a) impeça de participar de algum tipo de atividade esportiva ou recreativa, bem como, me responsabilizo pela manutenção e cuidado de seu estado de saúde, obrigando-me, desde já, a manter informados a escola e o profissional de educação física que o atende a respeito de qualquer mazela ou deficiência que possua ou passe a apresentar.

OBS: A escola poderá solicitar, dentre os demais documentos para a matrícula, o atestado médico que autorize o aluno a realizar esforço físico nas aulas da disciplina de educação física, desportiva e recreativa, antes do início do ano letivo. E, caso o pai não apresente o referido documento deverá assinar um termo de responsabilidade de que o menor não apresenta restrições para a prática do exercício físico, comprometendo-se ainda, a realizar periodicamente exames para averiguações. E sendo constatado qualquer impedimento, deverá comunicar imediatamente e por escrito à instituição de ensino

Cordeiro,____de _____de 20____

RESPONSÁVEL FINANCEIRO – CONTRATANTE

Pai / Mãe / Responsável pelo(a) aluno(a)

