

**SAGRADO REDE DE EDUCAÇÃO PBSCJ PROVÍNCIA BRASILEIRA SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS**

CNPJ: 17.366.932/0001-55 - Inscrição Estadual: Isenta  
Rua Tucuna, 799 - Perdizes – 05021-010 - São Paulo/SP  
Fone: (11) 3202-8700

**SAGRADO REDE DE EDUCAÇÃO – COLÉGIO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS**

CNPJ: 17.366.932/0003-17 - Inscrição Estadual: Isenta  
Rua Caraíbas, 882 – Vila Pompeia – 05020-000 – São Paulo/SP  
Fone: (11) 3202-8500

**FICHA DE ENFERMAGEM – Ano letivo 2025**

**É vedado ao COLÉGIO ministrar qualquer tipo de medicação aos estudantes, salvo em casos excepcionais, com a devida prescrição médica e medicamento.**

Etapa/Ano/Série: \_\_\_\_\_ Período: ( ) Manhã ( ) Tarde

**DADOS DO(A) ESTUDANTE**

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Local de nascimento: \_\_\_\_\_  
Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**DADOS DA MÃE**

Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**DADOS DO PAI**

Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**DADOS DO RESPONSÁVEL (CASO NÃO SEJA PAI OU MÃE)**

Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone residencial/comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**EM CASO DE EMERGÊNCIA, NÃO SENDO LOCALIZADOS OS PAIS OU RESPONSÁVEIS PELO(A) ESTUDANTE, QUEM DEVERÁ SER AVISADO ?**

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

Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Tem algum Plano de Saúde? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

**EM CASO DE NECESSIDADE, O(A) ESTUDANTE DEVERÁ SER REMOVIDO PARA QUAL HOSPITAL E/OU CLÍNICA?**

Nome do Hospital / Clínica: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**DADOS DE SAÚDE DO(A) ESTUDANTE**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

**Possui algum destes problemas de saúde?**

( ) Diabetes ( ) Convulsão ( ) Bronquite ( ) Rinite ( ) Enxaqueca ( ) Sinusite ( ) Coração ( ) Hipertensão  
( ) Alergia alimentar, qual? \_\_\_\_\_

Se outros, especificar: \_\_\_\_\_

**Faz uso de medicações?** ( ) Sim ( ) Não

Quais? \_\_\_\_\_

**Já teve alguma dessas doenças:**

( ) Catapora ( ) Sarampo ( ) Caxumba ( ) Rubéola ( ) Outros

Se outros, especificar: \_\_\_\_\_

**É alérgico a algum tipo de medicamento tópico, oral ou injetável?** ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, qual ou quais? \_\_\_\_\_

**Está ingerindo medicação específica?** ( ) Sim ( ) Não

Quais? \_\_\_\_\_

**Vacinação:** ( ) Completa para a idade ( ) Incompleta para a idade

Especifique: \_\_\_\_\_

Foi vacinado para gripe (Influenza e H1N1) no ano de 2024? ( ) Sim ( ) Não

Já testou positivo para a Covid-19? ( ) Sim ( ) Não



Faz parte do grupo de risco para a Covid-19? ( ) Sim ( ) Não

Autoriza informar dados vacinais aos órgãos públicos, se solicitados? ( ) Sim ( ) Não

Faz uso de homeopatia ou alopatia? ( ) Homeopatia ( ) Alopacia

É epilético? ( ) Sim ( ) Não

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

É hemofílico? ( ) Sim ( ) Não

É deficiente visual? ( ) Sim ( ) Não

É deficiente físico? ( ) Sim ( ) Não

É diabético? ( ) Sim ( ) Não

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

É asmático? ( ) Sim ( ) Não

Está fazendo algum tipo de tratamento médico? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, qual ou quais? \_\_\_\_\_

O(a) estudante possui alguma necessidade especial? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, qual ou quais? \_\_\_\_\_

Seu(sua) filho(a) já sofreu alguma fratura? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, onde: \_\_\_\_\_

Seu(sua) filho(a) vem e volta para o Colégio de que forma?

( ) A pé, sozinho ( ) Alguém sempre vem trazê-lo ( ) De ônibus e sozinho ( ) Com transporte escolar

## OUTRAS INFORMAÇÕES

O(A) estudante apresenta algum problema que o impossibilite de praticar atividades físicas?

( ) Sim ( ) Não

Especifique: \_\_\_\_\_

Em caso afirmativo, o estudante deverá trazer o **atestado médico**.



**Caso seja constatado estado febril ou outro sintoma de alteração no(a) estudante a Enfermeira entrará em contato, imediatamente, com o pai e/ou responsável.**

Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos nesta ficha deverão ser, imediatamente, comunicadas a Enfermaria e a equipe de Coordenação.

As Informações contidas nesta ficha são de inteira responsabilidade dos pais e/ou responsáveis que as prestaram.

**OUTRAS INFORMAÇÕES E/OU OBSERVAÇÕES:** \_\_\_\_\_

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

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável