



**“CUIDAR DA CASA COMUM: COMPROMISSO DE TODOS”**

## **TERMO DE DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE – ANO LETIVO 2025**

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): \_\_\_\_\_

Cor/Raça: \_\_\_\_\_ Ano Escolar (série): \_\_\_\_\_

Contratante (Responsável Financeiro): \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Pediatra: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

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

• Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

• Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

1- Tipo sanguíneo do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_

OBS: De acordo com a Lei Estadual RJ nº 6683/2014 o(a) aluno(a) deverá apresentar o comprovante do seu tipo sanguíneo e do fator RH.

2 – Em caso de febre, com prescrição médica e trazido de casa, que medicamento poderá ser dado? Em que quantidade? A partir de que temperatura?

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

3- 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.

4- Possui o(a) aluno(a) plano de saúde? Em caso positivo, qual?

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**“CUIDAR DA CASA COMUM: COMPROMISSO DE TODOS”**

6- Nome do Médico do aluno: \_\_\_\_\_

( ) alopata ( ) homeopata

Endereço: \_\_\_\_\_ Tels: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

7.2- Cuidados que precisam ser tomados na escola:

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

10- Tem hipertensão? ( ) Sim ( ) Não

11- É hemofílico? ( ) Sim ( ) Não

12- É diabético? ( ) Sim ( ) Não

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

13- É epilético? ( ) Sim ( ) Não Em caso afirmativo, está em tratamento? ( ) Sim ( ) Não

14- Já teve convulsão: ( ) Sim ( ) Não

De que tipo? \_\_\_\_\_

Faz uso de medicação? ( ) Sim ( ) Não Qual(is)? \_\_\_\_\_

15- É asmático? ( ) Sim ( ) Não

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

Em caso afirmativo, usa óculos ou lente de contato? \_\_\_\_\_

**“CUIDAR DA CASA COMUM: COMPROMISSO DE TODOS”**

**17-** Possui alteração auditiva? ( ) Sim ( ) Não

Qual a proposta de tratamento? \_\_\_\_\_

**18-** É deficiente físico? ( ) Sim ( ) Não

**19-** 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.

**20-** Está com o esquema vacinal básico (Posto de Saúde e Campanhas) em dia?

\_\_\_\_\_

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

Qual(is)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Oftalmológico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Audiometria: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parasitológico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**23 -** Faz atendimento:

a) Fonoaudiológico? Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

b) Psicológico? Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

c) Neurológico? Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_



**“CUIDAR DA CASA COMUM: COMPROMISSO DE TODOS”**

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.

Nova Friburgo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

---

**RESPONSÁVEL FINANCEIRO – CONTRATANTE**

---

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