

N**ã**o N**ã**o

FICHA MÉDICA – 2025

e-mail do aluno Reloguilherme 141@gmail.com Rome do Rome d	ome do Alun				Abran	tes E	Belo			cula: 23011331		
e-mail do aluno e-mail do aluno leloguilherme 141@gmail.com Não possui Nada printin-3325 Stella Plávia Bezerra Abra Profissão Comerciante Profissão Comerciante e-mail Nade leloguilhemel profissão Comerciante Profissão Comerciant		ento			Due Ca	nto N	[adal	220	Endereço			
Nome do			` ') F	Kua Sai	nta Ivi	adalena	220				
Nome do Pai Marciel Mogrão Abrantes Belo Mãe Stella Flávia Bezerra Abra Mãe Tel. Celular 11 99664-9911 Tel. Celular 11 97111-3325 Tel. Coml. 11 3289 1180 Profissão Comerciante Profissão Comerciante e-mail Marciel.mab@gmail.com e-mail Stella.guigusa@gmail.com II. Dados Individuais Tipo Sangüíneo Fator RH O aluno reside com: (x) Mãe (x) Pai () Outros: Irmãos Idade Série Escola Gustavo Bezerra Abrantes Belo 13 8º ano Colégio Maria Imaculada Indique o Hospital de Referência para atendimento, no caso de emergência ma do Colégio FECAP dospital Santa Catarina III. Emergência Nome do Médico () Alopata Tel. Res. Tel. Coml. Plano de Saúde Nº do cartão Dados para ateror Seguro 4616 5981 0000 0480					Telefo					Falar com:		
Pai Tel. Celular 11 99664-9911 Tel. Celular 11 97111-3325 Tel. Coml. 11 3289 1180 Tel. Coml. 11 3289 1180 Profissão Comerciante Profissão Comerciante Profissão Comerciante Profissão Stella.guigusa@gmail.com E-mail Stella.guigusa@gmail.com Stella.guigusa@gmail.com Til. Dados Individuais Tipo Sangüíneo Fator RH Profissão Tipo Sangüíneo Fator RH Profissão Tipo Sangüíneo Til. Dados Individuais Tipo Sangüíneo Fator RH Profissão Timãos Timãos Tidade Série Escola Timãos Timãos Tidade Série Escola Timãos	loguilherme141	l@gmail.c	com		N ã o po	N ã o possui			1 97111-3325	Stella		
Tel. Cedulal Tel. Coml. 11 3289 1180 Tel. Coml. 11 3289 1180 Profissão Comerciante Profi		Marciel Mogrão Abrantes Belo						e da	Stella Flávia Bezerra Abrantes Belo			
Profissão Comerciante e-mail Marciel.mab@gmail.com e-mail Stella.guigusa@gmail.com II. Dados Individuais Tipo Sangüíneo Fator RH O aluno reside com: (x) Mãe (x) Pai () Outros: Irmãos Idade Série Escola iustavo Bezerra Abrantes Belo 13 8° ano Colégio Maria Imaculada Indique o Hospital de Referência para atendimento, no caso de emergência maido Colégio FECAP Iospital Santa Catarina III. Emergência Nome do Médico () Alopata Tel. Res. Tel. Coml. () Homeopata Plano de Saúde № do cartão Dados para atendo do cartão Dados para atendo corto Seguro 4616 5981 0000 0480	el. Celular 11	99664-99	11				Tel. C	elular	11 97111-3325			
e-mail Marciel.mab@gmail.com e-mail Stella.guigusa@gmail.com II. Dados Individuais Tipo Sangüíneo Fator RH O aluno reside com: (x) Mãe (x) Pai () Outros: Irmãos Idade Série Escola Gustavo Bezerra Abrantes Belo 13 8º ano Colégio Maria Imaculada Indique o Hospital de Referência para atendimento, no caso de emergência mado Colégio FECAP III. Emergência Nome do Médico () Alopata Tel. Res. Tel. Coml. () Homeopata Plano de Saúde Nº do cartão Dados para atendor ou para atendo de Seguro 4616 5981 0000 0480	el. Coml.	3289 118	0				Tel. Coml. 11 3		11 3289 1180			
II. Dados Individuais Tipo Sangüíneo Fator RH O aluno reside com: (x) Mãe (x) Pai () Outros: Irmãos Idade Série Escola Gustavo Bezerra Abrantes Belo 13 8º ano Colégio Maria Imaculada Indique o Hospital de Referência para atendimento, no caso de emergência ma do Colégio FECAP Ili. Emergência Nome do Médico () Alopata Tel. Res. Tel. Coml. () Homeopata Plano de Saúde Nº do cartão Dados para atendo para atendo Porto Seguro 4616 5981 0000 0480	ofissão Co	Comerciante					Profissão		Comerciante			
Tipo Sangüíneo Fator RH O aluno reside com: (x) Mãe (x) Pai () Outros: Irmãos Idade Série Escola Gustavo Bezerra Abrantes Belo 13 8° ano Colégio Maria Imaculada Indique o Hospital de Referência para atendimento, no caso de emergência ma do Colégio FECAP Hospital Santa Catarina III. Emergência Nome do Médico () Alopata Tel. Res. Tel. Coml. () Homeopata Plano de Saúde Nº do cartão Dados para atender porto Seguro 4616 5981 0000 0480	mail Ma	Marciel.mab@gmail.com					e-mail		Stella.guigusa@gn	Stella.guigusa@gmail.com		
O aluno reside com: (x) Mãe (x) Pai () Outros: Irmãos Idade Série Escola Gustavo Bezerra Abrantes Belo 13 8° ano Colégio Maria Imaculada Indique o Hospital de Referência para atendimento, no caso de emergência ma do Colégio FECAP Hospital Santa Catarina III. Emergência Nome do Médico () Alopata Tel. Res. Tel. Coml. () Homeopata Plano de Saúde Nº do cartão Dados para ateres porto Seguro 4616 5981 0000 0480					Dad	os I	ndivid	uais				
Irmãos Idade Série Escola Gustavo Bezerra Abrantes Belo 13 8º ano Colégio Maria Imaculada Indique o Hospital de Referência para atendimento, no caso de emergência mado Colégio FECAP Hospital Santa Catarina III. Emergência Nome do Médico () Alopata Tel. Res. Tel. Coml. () Homeopata Plano de Saúde Nº do cartão Dados para ateres porto Seguro 4616 5981 0000 0480	Tipo Sangüí	neo	Fat	or RH								
Irmãos Idade Série Escola Gustavo Bezerra Abrantes Belo 13 8º ano Colégio Maria Imaculada Indique o Hospital de Referência para atendimento, no caso de emergência mado Colégio FECAP Hospital Santa Catarina III. Emergência Nome do Médico () Alopata Tel. Res. Tel. Coml. () Homeopata Plano de Saúde Nº do cartão Dados para ateres porto Seguro 4616 5981 0000 0480												
Indique o Hospital de Referência para atendimento, no caso de emergência ma do Colégio FECAP Hospital Santa Catarina III. Emergência Nome do Médico () Alopata () Homeopata Plano de Saúde Nº do cartão Dados para atendimento, no caso de emergência ma de Colégio FECAP O Hospital Santa Catarina O Homeopata Plano de Saúde Nº do cartão Dados para atendimento, no caso de emergência ma de Colégio FECAP O Homeopata Plano de Saúde Nº do cartão Dados para atendimento, no caso de emergência ma de Colégio FECAP			Mãe			Pai () Outros:						
Indique o Hospital de Referência para atendimento, no caso de emergência mai do Colégio FECAP Hospital Santa Catarina III. Emergência Nome do Médico () Alopata Tel. Res. Tel. Coml. () Homeopata Plano de Saúde Nº do cartão Dados para ateres de Corto Seguro 4616 5981 0000 0480						e Série						
do Colégio FECAP Hospital Santa Catarina III. Emergência Nome do Médico () Alopata Tel. Res. Tel. Coml. () Homeopata Plano de Saúde Nº do cartão Dados para ater Porto Seguro 4616 5981 0000 0480	stavo Bezerra Abra	intes Belo		13	8°	ano		Col é gio	gio Maria Imaculada			
do Colégio FECAP Hospital Santa Catarina III. Emergência Nome do Médico () Alopata Tel. Res. Tel. Coml. () Homeopata Plano de Saúde Nº do cartão Dados para ater Porto Seguro 4616 5981 0000 0480												
do Colégio FECAP Hospital Santa Catarina III. Emergência Nome do Médico () Alopata Tel. Res. Tel. Coml. () Homeopata Plano de Saúde Nº do cartão Dados para ateres de Sorto Seguro 4616 5981 0000 0480												
III. Emergência Nome do Médico () Alopata Tel. Res. Tel. Coml. () Homeopata Plano de Saúde Nº do cartão Dados para ateres de Corto Seguro 4616 5981 0000 0480												
Nome do Médico () Alopata Tel. Res. Tel. Coml. () Homeopata Plano de Saúde Porto Seguro Ocrito Seguro	o Colégio FE	CAP	Referê	ncia p	ara ate	endir	mento,	no ca	aso de emergênc	ia mais próximo		
() Homeopata Plano de Saúde Nº do cartão Dados para ate Porto Seguro 4616 5981 0000 0480				I	III. E	Eme	rgênci	а				
Plano de Saúde Nº do cartão Dados para ater Porto Seguro 4616 5981 0000 0480	Nome do	Médico	(() Alopata			Tel.	Res.	Tel. Coml.	Celular		
Porto Seguro 4616 5981 0000 0480			() Homeopata								
				•				Dados p	ara atendimento			
	Porto Seguro 4616 5981			1 0000 ()480							
Em caso de emergência, não conseguindo localizar os responsáveis pelo quem deverá ser avisado?	Em cas	o de em	ergênci							s pelo aluno,		
		Nome		<u> </u>	ucili U				IU:	Telefones		
Stella Mãe 11 97111 3325												

Doenças que já	Sim /	Não	Ol	oservações			
Sarampo	Não						
Catapora	Não						
Escarlatina		Não					
Caxumba		N ã o					
Rubéola		Não					
Hepatite		N ã o					
Meningite		Não					
COVID		Sim					
Outras		Não					
Observações da sa	úde atual	Sim /	Não	Ol	Observações		
Asma		Não					
Bronquite		Não					
Cardíaco		N ã o					
Diabetes		Não					
Epilepsia		Não					
Hemofilia		N ã o					
Hepatite Vira		N ã o					
Hipertenso		N ã o					
Outras		Não					
Possui alergias?	Ali	imentos	ı	1edicamentos	Outros		
() Sim (x) Não							
Gravidade	Leve ()	Moderada (") Grave ()			
		Qual?		Quando?	Observações		
() Sim (x) Não							
Faz controle médico periódico por alguma doença específica?		Doença		Providências que deverão ser tomadas caso de crise ou mal estar na escola			
() Sim (x) Não							
Restrição a algum med	licamento?)		Quais?			
	Não			-			

Responsável pelo preenchimento

Nome	RG	Data	Assinatura do Responsável
Stella Flávia Bezerra Abrantes Belo	29563326 8	26/09/2025	Stella Fl á via Bezerra Abrantes Belo