

Ficha de Dados do Colaborador

Nome:		Data Nasc.:
RG:	CPF:	
Endereço:		
Cidade:	CEP:	
Cel.:	WhatsApp:	
Tel. Recado 1:	Tel. Recado 2:	
Emergência:		
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo		
Tem filhos: () Sim () Não		Se positivo, quantos: _____ Mora com seus filhos?_____
Condução Própria: () Sim () Não		
Moradia: () Própria () Alugada () Emprestada () Com Parente		
Estado Clínico do Colaborador		
Já realizou alguma cirurgia? () Sim () Não Qual?:		
Alguma doença crônica? () Sim () Não Qual?:		
Faz acompanhamento de tratamento? () Sim () Não Qual?:		
Toma alguma medicação contínua? () Sim () Não Qual?:		
Faz uso de medicação controlada? () Sim () Não Qual?:		
Frequenta algum tipo de terapia? () Sim () Não Qual?:		
Já sofreu algum desses episódios: () Epilepsia () Aneurisma () AVC () Infarto () Crise De Ansiedade () Crise De Pânico Quando ocorreu? _____		
Quais medidas foram tomadas a respeito do item anterior: _____ _____		
Tipo sanguíneo:	É doador: () Sim () Não	
É portador de alguma necessidade especial? () Sim () Não Qual? _____		
Tem algum dependente que necessita de acompanhamento terapêutico? Quantas vezes por semana e qual horário? () Sim () Não Qual? _____		
Frequenta alguma denominação religiosa?() Sim () Não Qual? _____		
Escolaridade		
Ens. Fundamental 1 incompleto ()	Ens. Fundamental 2 incompleto ()	
Ensino Médio incompleto ()	Ensino Médio completo ()	
Ensino Superior incompleto ()	Ensino Superior completo ()	
Pós Graduação ()	Mestrado ()	Doutorado()
Quais especializações possui? _____ _____		

Firmo a presente, que todas as informações acima prestadas são verdadeiras.

Goiânia, _____ de _____ de 20_____.

Nome: _____

CPF: . . .