



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Rua Jorge Dumar, 1703 - Bairro Jardim América - CEP 60410-426 - Fortaleza - CE - www.ifce.edu.br

ANEXO

Processo: 23255.003195/2024-39

Interessado: Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação

DADOS CADASTRAIS E INFORMAÇÕES MÉDICAS DO/A ESTUDANTE

Nome completo:

CPF: RG: Sexo:

Endereço Completo:

Telefone Residencial: () Telefone Celular: ()

E-mail:

Nome da escola:

Nome do Pai/Mãe ou Responsável Legal:

Telefone Residencial: () Telefone Celular: ()

E-mail:

INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE

Tem acompanhamento médico ou psicológico? Sim () Não ()

Motivo:

Tem restrição a alguma atividade física? Sim () Não () Qual?

Possui alguma alergia? Sim () Não () Quais?

É alérgico a algum medicamento? Sim () Não () Quais?

Faz uso contínuo de algum medicamento? Sim () Não ()

Quais? Já fez alguma cirurgia? Sim () Não () Quais?

Apresenta algum distúrbio? Sim () Não () Qual?

Em caso de distúrbios, listar instruções, procedimentos, medicamentos e horários.

Tem todas as vacinas válidas? Sim () Não ()

Observações:

Data:

Assinatura do responsável:



Documento assinado eletronicamente por **Joelia Marques de Carvalho, Pró-Reitora de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação**, em 10/06/2024, às 10:31, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.ifce.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **6205084** e o código CRC **7F20D536**.
