



# Ficha de Saúde, Termo de Responsabilidade e Autorização de Viagem

Preenchimento obrigatório a todos os participantes. Após o preenchimento digital, realize a impressão do documento e entregue-o impresso ao organizador do evento por parte da escola/grupo.

O organizador ficará responsável pelas documentações de todos os participantes do grupo e entregará esta ficha ao Departamento de Saúde e Bem-Estar NR na chegada ao resort no primeiro dia do evento.

## **Observações:**

- Fique atento ao prazo para a entrega desta ficha;
- O prazo é determinado pelo organizador do evento em sua escola ou grupo;
- Ao imprimir este documento, pede-se ignorar esta primeira página.



# Ficha de Saúde - Termo de Responsabilidade e Autorização de Viagem para menores de 16 anos Escolas e Grupos - Departamento de Saúde e Bem-estar

Período da viagem de \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Esta ficha deverá ser preenchida em data próxima ao embarque para que as informações nela contidas estejam atualizadas.

Deverá ser completa e corretamente preenchida pelos pais/responsáveis do aluno, com letra legível e entregue com antecedência ao responsável da viagem.

Só embarcarão os alunos que tiverem apresentado esta ficha preenchida. Não devolver esta ficha ao NR.

Nome do Aluno(a)			Sexo ( ) M ( ) F	
Escola		Ano / Série	Idade	Data de nascimento ____/____/____
C.P.F.	R.G. (Obrigatório)	Órgão Emissor	E-mail do Aluno (a)	
Endereço				
Bairro	Cidade		UF	CEP
Celular do Aluno(a) ( )		Telefone Residencial (1) ( )	Telefone Residencial (2) ( )	
Mora com: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Ambos ( ) Outro responsável - parentesco:				
Nome do responsável (Inserir parentesco entre parênteses)		C.P.F. (Obrigatório)	R.G.	Data de Nascimento
Celular ( )	Telefone Comercial ( )	E-mail		
Profissão / Cargo	Empresa			
Nome do responsável (Inserir parentesco entre parênteses)		C.P.F. (Obrigatório)	R.G.	Data de Nascimento
Celular ( )	Telefone Comercial ( )	E-mail		
Profissão / Cargo	Empresa			

Na ausência dos pais ou responsáveis, comunicar-se com:

Nome \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

É imprescindível que esta ficha seja entregue e acompanhada de uma cópia simples do RG do aluno ou Certidão de Nascimento do aluno.

Remédios que o aluno deverá tomar durante o período do evento deverão ser levados em quantidade suficiente, com as devidas prescrições e entregues na partida ao responsável do grupo. **Atenção: estes medicamentos serão ministrados somente se acompanhados da receita médica.**

Todos os alunos estão cobertos por um seguro viagem para assistência médica que cobrirá eventuais custos com **acidentes** no período da viagem ao NR. Conforme consta no folheto de orientações gerais e condições contratuais.

O serviço de assistência médica/seguro-viagem não cobrirá despesas nos casos de:

- *Tratamentos e serviços suplementares executados em função de acidentes gerados por infração do aluno às regras gerais e normas de segurança do NR.*
- *Tratamento de moléstias ou estados patológicos provocados pela ingestão de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos, uso de bebidas alcoólicas ou remédios sem receita médica.*
- *Tratamentos e serviços suplementares ocasionados na origem da viagem.*
- *Tratamentos e serviços suplementares executados após o término da viagem, mesmo que em continuidade ao tratamento iniciado no NR.*

No caso de ocorrência de doença contagiosa e/ou de caráter severo ou transgressão das regras e normas de convivência durante o evento por parte do aluno, os pais/responsáveis serão acionados e terão a responsabilidade de providenciar a retirada imediata do aluno do evento.

Por favor preencha o verso deste formulário. É muito importante para a segurança do(a) aluno(a).

**Sugerimos uma consulta médica/odontológica e verificação de vacinas antes da viagem**

PESO _____ Kg	ALTURA _____ m _____ cm	TIPO SANGÜÍNEO	CONVÊNIO MÉDICO	NÚMERO DA CARTEIRINHA
NOME DO PEDIATRA / MÉDICO			TELEFONES PARA CONTATO	
Faz ou fez acompanhamento médico ou psicológico?		( ) não	( ) sim	EM CASO POSITIVO, QUAL O MOTIVO?
Vacinas:	Gripe: / /	Tétano: / /	COVID: 1a Dose / / 2a Dose / /	
Trata-se com:	( ) homeopatia	( ) alopatia	( ) outros	QUAL?
Como deve ser medicado em caso de: <i>(indique nome(s) do(s) remédio(s) e posologia - nome do genérico se disponível)</i>				
Febre		Dor de cabeça		
Enjoo		Cólica intestinal		
Tosse		Dor de ouvido		
Dor de garganta		Reação alérgica		

**APRESENTA:**

DIABETES	( ) não	( ) sim	INSTRUÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E HORÁRIOS (SOLICITAR FICHA ESPECÍFICA PARA ASSESSORIA@NR.COM.BR)
CONVULSÕES	( ) não	( ) sim	INSTRUÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E HORÁRIOS
ASMA OU BRONQUITE	( ) não	( ) sim	FATOR DESENCADEANTE E INSTRUÇÕES
INFECÇÕES FREQUENTES	( ) não	( ) sim	INSTRUÇÕES
RESTRIÇÃO À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	( ) não	( ) sim	EM CASO POSITIVO, QUAL?
ALERGIA AO USO DE ALGUM MEDICAMENTO	( ) não	( ) sim	EM CASO POSITIVO, QUAL?
OUTRAS ALERGIAS	( ) não	( ) sim	FATOR DESENCADEANTE E INSTRUÇÕES
ALGUMA DEFICIÊNCIA	( ) não	( ) sim	EM CASO POSITIVO, QUAL?
RESTRIÇÕES ALIMENTARES	( ) não	( ) sim	EM CASO POSITIVO, QUAL? (SOLICITAR FICHA ESPECÍFICA PARA ASSESSORIA@NR.COM.BR)

TEVE CONTATO COM ALGUÉM INFECTADO PELO COVID-19 NOS 10 DIAS ANTERIORES À VIAGEM?	( ) não	( ) sim
--	---------	---------

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (ENORESE NOTURNA, SONAMBULISMO E OUTROS):**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO DE VIAGEM**

Atesto que li o contrato de adesão e demais documentos que dele fazem parte (nr.com.br/servicos), estou ciente das normas gerais do NR e da natureza de suas atividades e declaro verdadeiras as informações prestadas nestes documentos, não omitindo nenhuma informação de importância ou que possa comprometer o atendimento e segurança do aluno.

Desta forma, autorizo o aluno \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_º ano do ensino \_\_\_\_\_ da escola \_\_\_\_\_ a viajar e participar do evento do NR localizado (assinale com um X) em Sapucaí-Mirim ( ) ou Santo Antônio do Pinhal ( ) no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, estando aos cuidados e sob a responsabilidade do acompanhante responsável dessa escola/grupo com o apoio da equipe NR para decidir sobre questões comportamentais ou de saúde, podendo ser medicado com os remédios citados nessa ficha e também receber o devido atendimento de emergência e encaminhamento hospitalar se necessário.

**ATENÇÃO:** Estou ciente de que o aluno não deverá embarcar caso apresente qualquer doença infecto contagiosa e que, em virtude da pandemia de COVID-19, caso venha a apresentar febre ou qualquer outro sintoma sugestivo da doença permanecerá em isolamento, não podendo receber visitas de qualquer natureza enquanto estiver no resort, aguardando ser levado pela família ou responsável autorizado. Embora todas as medidas estejam sendo tomadas, existe a possibilidade de que algum hóspede esteja com o vírus, mesmo testando negativo para o COVID-19. Por esse motivo, todas as recomendações de segurança devem ser adotadas pelo(a) aluno(a) com a intenção de minimizarmos os riscos de contágio. **Caso o participante esteja vacinado, ANEXAR o certificado de vacinação contra a COVID-19 a esta ficha.**

Dessa forma o NR não poderá ser responsabilizado caso, eventualmente o participante venha a apresentar, durante ou após a viagem, sintomas de COVID-19, uma vez que estão sendo respeitadas todas as medidas possíveis e necessárias, recomendadas pela OMS, para o controle de seus frequentadores.

Também autorizo a participação desse aluno em todas as atividades oferecidas pelo NR durante sua estada, dentre elas: atividades aquáticas, tirolesa, parede de escalada, hover board, cama elástica, trilhas e excursões, estando ciente dos riscos intrínsecos em sua prática.

**Em caso de não autorização da participação do aluno em alguma atividade, citá-la abaixo, justificando:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ /20\_\_\_\_

Pai/Mãe ou Responsável