



ASSOCIADO BENEFICIÁRIO

Nome completo:

\_\_\_\_\_

Sexo: Masculino

Natural de:

UF:

Masculino  Feminino \_\_\_\_\_

Data de nascimento:

Escolaridade:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Endereço:

Nº:

\_\_\_\_\_

Complemento:

Bairro:

\_\_\_\_\_

Cidade:

UF:

CEP:

\_\_\_\_\_

Tel. Residencial:

Tel. Comercial:

Tel. Celular:

\_\_\_\_\_

E-mail (importante):

\_\_\_\_\_

Profissão:

\_\_\_\_\_

Local de trabalho:

\_\_\_\_\_

RG:

Órgão expedidor:

CPF:

\_\_\_\_\_

Clube de serviço:

\_\_\_\_\_

Religião:

\_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL LEGAL E ASSOCIADO CONTRIBUINTE

Nome completo do responsável:

\_\_\_\_\_

Parentesco:

Pai

Mãe

Tutor

Sexo:

Natural de:

UF:

Masculino  Feminino \_\_\_\_\_

Data de nascimento:

Escolaridade:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Endereço:

Nº:

\_\_\_\_\_

Complemento:

Bairro:

\_\_\_\_\_

Cidade:

UF:

CEP:

\_\_\_\_\_

Tel. Residencial:

Tel. Comercial:

Tel. Celular:

\_\_\_\_\_

E-mail (importante):

\_\_\_\_\_

Profissão:

\_\_\_\_\_

Local de trabalho:

\_\_\_\_\_

RG:

Órgão expedidor:

CPF:

\_\_\_\_\_

Autorizo a União dos Escoteiros do Brasil (UEB) EM TODOS OS SEUS NÍVEIS, sociedade civil sem fins lucrativos, declarada de Utilidade Pública Federal, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.788.431/0001-13, com sede na Rua Coronel Dulcídio, bairro Água Verde, Curitiba - PR, CEP 80.250-100, a utilizar-se das imagens e voz minha, ou daquele que represento ou assisto, para a edição de filmes e fotos, outorgando-lhe todos os direitos de imagem relacionados, para qualquer tipo de divulgação, publicidade e veiculação em todos e quaisquer meio de comunicação, a exclusivo critério da União dos Escoteiros do Brasil, que poderá, ainda, reproduzir, editar, introduzir no mercado, armazenar, distribuir, executar, transmitir, criar trabalhos derivados e baseados nas imagens e informações disponibilizadas, para finalidade editorial, comercial, promocional, educacional, institucional, publicitária e todas as outras formas que venham a ser passíveis de utilização.

Os associados beneficiários e contribuintes declaram que conhecem e concordam em cumprir a regulamentação interna da União dos Escoteiros do Brasil.

Declaro que as informações acima foram por mim prestadas e são de minha inteira e total responsabilidade, especialmente o conteúdo e especificações descritos na ficha médica.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Associado Beneficiário

Associado Contribuinte/Escotista/Dirigente/Colaborador



49/DF - SEÇÃO AUTÔNOMA ALCATÉIA BÚSSOLA DO CERRADO

**FICHA MÉDICA**Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_\_  
Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_**UTILIZA OS SEGUINTE EQUIPAMENTOS DE AUXÍLIO** ( ) Não ( ) Sim( ) Óculos ( ) Lentes de contato ( ) Aparelhos dentários ( ) Sondas ( ) Marcapasso ( ) Aparelhos de audição  
( ) Outros Cite: \_\_\_\_\_**DOENÇAS JÁ OCORRIDAS OU EM TRATAMENTO** ( ) Não ( ) Sim( ) Asma ( ) Bronquite ( ) Catapora ( ) Caxumba ( ) Convulsões ( ) Desmaios ( ) Dengue ( ) Diabetes  
( ) Epilepsia ( ) Hemofilia ( ) Hemorragias ( ) Hepatite ( ) Rubéola ( ) Sarampo ( ) Sinusite

Em tratamento: \_\_\_\_\_

Informações: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS EM USO (CONTÍNUO OU NÃO)** ( ) Não ( ) Sim

\*\*\* Se necessário, listar medicamentos no verso \*\*\*

Nome do medicamento	Uso contínuo	Informações

Permite administrar medicamentos por profissionais em saúde que atuam no Grupo? ( ) Sim ( ) Não

Informações: \_\_\_\_\_

**EMERGÊNCIAS MÉDICAS**

( ) Aguardar acompanhamento dos Pais/Responsáveis ( ) Aceita decisões médicas

Avisar em Emergências ( ) Pais ( ) Outro: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Plano de saúde: ( ) Não/SUS ( ) Sim Cite: \_\_\_\_\_ Nº Carteirinha: \_\_\_\_\_

Médico de Preferência: \_\_\_\_\_ Telefone(s): \_\_\_\_\_

**ALERGIAS** ( ) Não ( ) Sim

( ) Picada de inseto Cite: \_\_\_\_\_

( ) Medicamentos Cite: \_\_\_\_\_

( ) Plantas Cite: \_\_\_\_\_

( ) Alimentos Cite: \_\_\_\_\_

( ) Outro Cite: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES GERAIS**

Possui impedimento físico? ( ) Não ( ) Sim Cite: \_\_\_\_\_

Restrições a alimentos? ( ) Não ( ) Sim Cite: \_\_\_\_\_

Problemas cardíacos? ( ) Não ( ) Sim Cite: \_\_\_\_\_

Sabe nadar? ( ) Não ( ) Sim

É sonâmbulo? ( ) Não ( ) Sim

**DISTÚRBIOS PSICOLÓGICOS**

Apresenta Distúrbio de Comportamento? Exemplo: Conduta, Hiperatividade por déficit de atenção, oposição desafiante, etc.

( ) Não ( ) Sim Cite: \_\_\_\_\_

Apresenta Distúrbio Alimentar? Exemplo: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, etc.

( ) Não ( ) Sim Cite: \_\_\_\_\_

Apresenta Distúrbio de Ansiedade Fóbica? Exemplo: Distúrbio de pânico, Agorafobia (lugares fechados ou aberto), Fobia Social, etc.

( ) Não ( ) Sim Cite: \_\_\_\_\_

**DEFICIÊNCIAS** ( ) Não ( ) Sim

( ) Física Cite: \_\_\_\_\_

( ) Visual Cite: \_\_\_\_\_

( ) Auditiva Cite: \_\_\_\_\_

( ) Intelectual Cite: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Data da última atualização: \_\_\_\_\_ Assinatura do Pai/Responsável: \_\_\_\_\_