

UNIVERSIDADE
□□□□□□□□□□

CURSO
□□□□□□□□□□

PERÍODO
□□□□.□

PLANO DE SAÚDE
□□□□□□□□□□

Nº CARTEIRA DO PLANO DE SAÚDE
□□□□□□□□□□

ESTA EM TRATAMENTO MÉDICO
sim não

QUAL?
□□□□□□□□□□

TOMA ALGUM MEDICAMENTO CONTROLADO, QUAL?
□□□□□□□□□□

TEM ALGUM TIPO DE ALERGIA? A QUE?
□□□□□□□□□□

TEM DIABETES OU OUTRA DOENÇA? QUAL?
□□□□□□□□□□

FUMA
sim não

BEBE
sim não

DATA DE INICIO
□□ □□ □□□□

DATA DE DESLIGAMENTO
□□ □□ □□□□