

SUPER IMERSÃO PAJUÇARA 2024

Preencha seus dados com letra de forma, por favor!

Nome: _____

RG: _____ PASSAPORTE: _____

CPF DO PASSAGEIRO: _____

Endereço: _____ Apto: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Telefone ALUNO: (____) _____

Colégio: _____ Série/Ano: _____ Turma: _____

E-mail: _____

Nome do Pai: _____

Telefone do Pai: (____) _____ CPF do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Telefone da Mãe: (____) _____ CPF da Mãe: _____

 Indique as pessoas que serão seus companheiros de quarto durante a viagem:

Por Favor: Preencha a Ficha médica em anexo e cole uma foto 3x4cm



PAJUÇARA
TURISMO | Nordeste - Brasil

Rua Jangadeiros Alagoanos, 447
Pajuçara - Maceió - AL - Brasil Cep: 57.030-000
Embratur: AL-10-08440588000106
(82) 3217.4777 www.pajucara.com.br

Cole aqui
uma Foto
3x4cm

SUPER IMERSÃO 2024

FICHA MÉDICA

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA!

NOME COMPLETO: _____

SEXO: Masc () / Fem () DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ TIPO SANGUINEO: ____ RH: ____

PAI: _____ Tel:(____) _____

MÃE: _____ Tel:(____) _____

É Diabético? () Sim - Não ()

Já foi Vacinado contra Tétano?

() Sim - Não () Há quanto tempo? _____

Possui alguma Restrição Alimentar?

() Sim - Não ()

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

Possui outro tipo de Alergia?

() Sim - Não () Se "Sim", descreva: _____

Toma medicamento controlado? Sim () Não () Qual? _____

Já fez algum tipo de cirurgia? Sim () Não () Qual? _____

Como reage ao processo febril? _____

Já Apresentou ou Apresenta algum dos seguintes Sintomas?

() Amidalite () Problemas Renais () Cólica Menstrual

() Sangramento Nasal () Asma () Convulsão

() Sonambulismo () Rinite () Gastrite

() Problemas Cardíacos () Constipação Intestinal () Outra: _____

Assinale as características de personalidade do(a) seu(sua) filho(a):

() Alegre () Tímido

() Ativo () Pacato

() Independente () Consumista

() Extrovertido () Faz amizade fácil

() Introverso () Outro: _____

Seu filho(a) exige algum cuidado especial? Sim () Não () Qual? _____

Informações Complementares:

Maceió, _____ de _____ de _____

Assinatura do Pai, Mãe ou Responsável



Rua Jangadeiros Alagoanos, 447
 Pajuçara - Maceió - AL - Brasil Cep: 57.030-000
 Embratur: AL-10-08440588000106
 (82) 3217.4777 www.pajucara.com.br

Ficha Médica
 Super Imersão 2024

Authorization to Consent Medical Care and Treatment for a Minor

(Autorização de Acompanhamento e Tratamento Médico para Menor Desacompanhado)

Nome Completo
MINORS FULL NAME: _____

Sexo
SEX: Male () - Female ()

Data de Nascimento
DATE OF BORN: ___/___/_____

Tipo Sanguineo
BLOOD TYPE: ___

Passaporte
PASSPORT: _____

Pai
FATHER: _____

Mãe
MOTHER: _____

We, the biological or adoptive parent or legal guardians of the above child. Hereby authorize the:
 Company Directors,
 Company Staff Coordinator or
 Company Medical Support Staff.

To make healthcare decisions (in urgent way) pertaining to my child, named above, providing consent for necessary evaluation (office visit), lab services, x-ray examination, or other office procedures. I also authorize the above named patient, to consent to ordinary medical care and treatment.

Any healthcare provider relying upon this consent for the specified care and treatment of my child, named above, may do so to the same extent and in the same manner as if I had personally consented to such care or treatment. This Authorization may be withdrawn only in writing and shall not be deemed withdrawn until such time as my child’s health care providers receive actual notice that I have withdrawn my consent as stated above.

This Authorization shall remain in effect until: **JUL / 30 / 2024.**

Text in Portuguese:

“Autorizo a: Diretores da Companhia, Coordenador da Empresa Pessoal ou Suporte Empresa Equipe Médica, para tomar decisões de saúde relativas a meu filho, citados acima, dando seu consentimento para a avaliação necessária (consulta), serviços de laboratório, exame de raio-x, ou outro escritório procedimentos. Eu também autorizar o paciente acima citado, para consentir a assistência médica comum e tratamento. Qualquer profissional de saúde contando com esse consentimento para o atendimento especificado e tratamento do meu filho, com o nome acima, poderão fazê-lo na mesma medida e da mesma maneira como se tivesse pessoalmente consentiu com tal cuidado ou tratamento. Esta autorização pode ser retirada apenas por escrito e não deve ser considerada revogada até que os prestadores de cuidados de saúde do meu filho receber aviso real que eu retirei o meu consentimento como indicado acima.”

Local: _____ Date: ___/___/20__

Singing this Document: **Father** - **Mother** - **Legal Guardian**

Signature