**Dados de Emergência**

**CPF:**

 **RG**-

**Nome do Servidor:**

 **Data de Nascimento:**

Parte superior do formulário

|  |
| --- |
|  |
| Possui Plano de Saúde? \* **https://recadastramentoanual.sp.gov.br/recadastramentoanual/imagens/icone_ajuda2.gif**  Sim  Não |
|  |
| Em caso de Emergência, a quem devemos avisar?

|  |
| --- |
| Nome **https://recadastramentoanual.sp.gov.br/recadastramentoanual/imagens/icone_ajuda2.gif**  |
| Vínculo **https://recadastramentoanual.sp.gov.br/recadastramentoanual/imagens/icone_ajuda2.gif**  |  Telefone **https://recadastramentoanual.sp.gov.br/recadastramentoanual/imagens/icone_ajuda2.gif**  |  **Incluir** |

| **Nome** | **Vínculo** | **Telefone** |  |
| --- | --- | --- | --- |

 |
| Tipo Sanguineo:      | Fator RH:   |
| Autoriza transfusão de sangue? \* **https://recadastramentoanual.sp.gov.br/recadastramentoanual/imagens/icone_ajuda2.gif**  Sim  Não |
| Possui Marca-passo? \* **https://recadastramentoanual.sp.gov.br/recadastramentoanual/imagens/icone_ajuda2.gif**  Sim  Não |
| Indique os remédios que toma regularmente: **https://recadastramentoanual.sp.gov.br/recadastramentoanual/imagens/icone_ajuda2.gif**Limite de 500 Caracteres |
| Possui doença crônica? \* **https://recadastramentoanual.sp.gov.br/recadastramentoanual/imagens/icone_ajuda2.gif**  Sim  Não |
|  |
| Possui alergia a medicamento? \* **https://recadastramentoanual.sp.gov.br/recadastramentoanual/imagens/icone_ajuda2.gif**  Sim  Não |
|  |
| Já se submeteu a alguma cirurgia? \* **https://recadastramentoanual.sp.gov.br/recadastramentoanual/imagens/icone_ajuda2.gif**  Sim  Não |
|  |
| Já esteve internado? \* **https://recadastramentoanual.sp.gov.br/recadastramentoanual/imagens/icone_ajuda2.gif**  Sim  Não |
|  |
|  Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras. |



Parte inferior do formulário

[** Voltar**](https://recadastramentoanual.sp.gov.br/recadastramentoanual/recad/mrrec/token/indexMenuCentral.do?org.apache.struts.taglib.html.TOKEN=7db28be0ff9bdbe06809ea002fdc70d1)