**DADOS DE EMERGÊNCIA (TODOS OS DADOS DEVEM SER PREENCHIDOS)**

**NOME DO SERVIDOR: .................................................................................................**

**DATA DE NASCIMENTO: ............................................................................................**

**Possui Plano de Saúde? ( )Sim ( )Não**

**Se sim qual o Plano?**

**.............................................................................................................................................**

**Nº da Carteirinha do Plano..............................................................................................**

**Em caso de Emergência, a quem devemos avisar?**

**Nome?.................................................................................................................................**

**Vinculo?..............................................................................................................................**

**Telefone? ( )......................................................................................................................**

**Tipo Sanguíneo?..................... RH?.........................**

**Autoriza transfusão de Sangue? ( )Sim ( )Não**

**Possui Marca-Passo? ( )Sim ( )Não**

**Indique os Remédios que toma Regularmente:**

**.............................................................................................................................................**

**Possui Doenças Crónicas? ( )Sim ( )Não**

**Se sim quais?**

**.............................................................................................................................................**

**Possui Alergia a Medicamentos? ( )Sim ( )Não**

**Se sim quais?**

**.............................................................................................................................................**

**Já se submeteu a alguma cirurgia? ( )Sim ( )Não**

**Se sim quais?**

**.............................................................................................................................................**

**Já esteve internado? ( )Sim ( )Não**

**Se sim, qual o motivo?**

**.............................................................................................................................................**

**( ) Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras**