



UNIÃO MISSIONÁRIA DE HOMENS BATISTAS

DEPARTAMENTO CONVENCIONAL DE EMBAIXADORES DO REI FLUMINENSE

Rua Visconde de Moraes, 231 - Ingá - Niterói - RJ / CEP.: 24210-145

Tel.: (21) 2620-1515

Cel.: (22) 99839-3559

www.dcerfluminense.org

dcerfluminense@gmail.com

Coordenador: Adeilson Pereira Horácio

AUTORIZAÇÃO CONCLAVE 2017

Eu, _____, portador(a) do CPF n.º _____, declaro ser responsável legal por _____ e autorizo o mesmo a participar das atividades bíblicas do CONCLAVE 2017 no dia 25 de novembro de 2017 em Campos dos Goytacazes/RJ.

_____ de novembro de 2017

Assinatura do Responsável

Telefones para Contato

() _____ Pessoa de contato: _____

() _____ Pessoa de contato: _____

Atenção: Anexas cópia de documento de identidade ou certidão de nascimento do Embaixador do Rei.

INFORMAÇÕES MÉDICAS (Não deixe nenhum campo sem responder. Essas informações serão preciosas em caso de Emergência)

DOENÇA	É PORTADOR?	FOI PORTADOR?	NUNCA CONTRAIU	OBSERVAÇÕES
ASMA	()	()	()	
ALERGIA A POEIRA	()	()	()	
ALERGIA A SULFA	()	()	()	
ALERGIA A IODO	()	()	()	
ALERGIA A PENICILINA	()	()	()	
BRONQUITE	()	()	()	
CAXUMBA	()	()	()	
CATAPORA	()	()	()	
DIABETES	()	()	()	
DENGUE	()	()	()	
MENINGITE	()	()	()	
RUBÉOLA	()	()	()	
SARAMPO	()	()	()	
O EMBAIXADOR DO REI POSSUI OUTRAS DOENÇAS OU JÁ POSSUIU OUTRAS DOENÇAS? () SIM () NÃO QUAIS?				
O EMBAIXADOR DO REI POSSUI OUTRAS ALERGIAS OU JÁ POSSUIU OUTRAS ALERGIAS? () SIM () NÃO QUAIS?				
O EMBAIXADOR DO REI ESTÁ UTILIZANDO ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO? () SIM () NÃO MEDICAMENTO: _____ HORÁRIOS: _____				
O EMBAIXADOR DO REI FOI VACINADO CONTRA A FEBRE AMARELA? () SIM () NÃO OBS.:				
EM CASO DE DOR DE CABEÇA, FEBRE OU DORES, QUAL REMÉDIO É INDICADO AO EMBAIXADOR? () DORIL () ASPIRINA () TYLENOL/PARACETAMOL () NOVALGINA/DIPIRONA () OUTRO: QUAL?				
TIPO SANGUÍNEO: () A () B () AB () O FATOR RH: () POSITIVO () NEGATIVO				