



IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

EDUCAÇÃO INFANTIL – PRÉ 1 – 4 anos ( ) - PRÉ 2 – 5 anos ( ) ;

FUNDAMENTAL 1 – 1º ano ( ) – 2º ano (X) - 3º ano ( ) - 4º ano ( ) - 5º ano ( )

Data de Ingresso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome completo do(a) ALUNO(a): Samuel Noah Bispo Oliveira Miro			
Data Nascimento: 03/01/2019	Sexo: masculino	Cor/Raça: morena	
Naturalidade/UF: Uberlândia mg	RG:	CPF:	
Com quem mora o(a) aluno(a)? ( ) pais ( ) pai (X) mãe ( ) outros		Nacionalidade: Brasileiro	
Nome do PAI: José Paulo Seitoro Miro (in memoriam)			
RG: 11 452 6171 - 04	CPF: M-8.263.154	Data Nasc.: 28/10/1951	
Empresa (trabalho): -	Telefone I:	ramal: -	
Telefone residencial: -	Celular: -		
e-mail: -			
Endereço: Rua -		Nº -	Complemento: -
Bairro -	Cidade/UF: -	CEP -	Telefone: ( ) -
Nome da MÃE: Dalva Apda Bispo de Oliveira Miro			
RG: 21 388 411	CPF: 491534551-34	Data Nasc.: 03/06/70	
Empresa (trabalho): EMEI Maria Pacheco Rezende	Telefone I:	ramal: 34 3231-3406	
Telefone residencial:	Celular: 34 992300891		
e-mail: dalvalbispomiro@yahoo.com.br			
Endereço: Rua Serra das Pícaras		Nº 487	Complemento: -
Bairro São Jorge	Cidade/UF: Udi-MG	CEP: 38400415	Telefone: ( ) -
Nome do RESPONSÁVEL: Dalva Apda Bispo de Oliveira Miro			
RG: 21 388 - 411		CPF: 491534 55134	Data Nasc.: ___/___/___
Empresa (trabalho): -	Telefone I:	ramal: -	
Telefone residencial: -	Celular: -		
e-mail: -			
Endereço: Rua -		Nº	Complemento:
Bairro -	Cidade/UF:	CEP	Telefone: ( )

PROCEDÊNCIA DO ALUNO

(preencher no ato da matrícula)

Local de origem do aluno	Rede/Estabelecimento origem	Situação aluno ano anterior	Situação do aluno na série atual
Mesmo município <input checked="" type="checkbox"/>	Federal	Foi Aprovado <input checked="" type="checkbox"/>	Primeiro ingresso no tipo Ensino
Outro município do Estado	Estadual	Foi Reprovado	Novato na série <input checked="" type="checkbox"/>
Outro Estado	Municipal	Abandonou	Repetente por ter sido reprovado
Outro País	Particular	Não frequentou <input checked="" type="checkbox"/>	Repetente por abandono
	Nunca frequentou escola		Repetente apesar de ser aprovado

TIPO DE ENSINO CURSADO NO ANO ANTERIOR

Educação Infantil (Pré-Escolar)	Educação Especial
Ensino Fundamental <u>1º ano</u>	Outro tipo de Ensino

EDUCAÇÃO ESPECIAL

Tipo de excepcionalidade do Portador de Necessidades Especiais

Deficiência mental	Deficiência auditiva	Deficiência múltipla	Conduas típicas (problema conduta)
Deficiência da visão	Deficiência física	Altas Habilidades (superdotado) <input checked="" type="checkbox"/>	Outras <input checked="" type="checkbox"/>
Não se Aplica			TEA - Transtorno do espectro autista nível 1 de suporte

ENTRADA / SAÍDA DA ESCOLA

1 – Seu(sua) filho(a) vem para escola de que forma?

a pé e sozinho(a)	de ônibus e sozinho(a)	alguém sempre vem trazê-lo(a) <input checked="" type="checkbox"/>	transporte escolar
-------------------	------------------------	---	--------------------

2 – A escola recomenda que os alunos esperem dentro da escola por seus pais ou condução escolar.

O(a) aluno(a) está autorizado(a) deixar a escola, sozinho(a)?	SIM	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
---	-----	---

Em caso negativo, as únicas pessoas autorizadas a retirá-lo(a) da escola são:

a) Nome: Quilva Aparecido Bispo de O. Miro

R.G. nº 21.388.411 Parentesco: mãe

b) Nome: Verônica Bispo de Oliveira Miro

R.G. nº 13906044629 Parentesco: irmã

c) Delcídes Nunes Ferreira Neto

RG: MG. 2026 3938

d) Kauçúlia

FICHA DE SAÚDE

1 - O médico do(a) aluno(a) é: ( ) alopata ( ) homeopata

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones para contato (inclusive celular): \_\_\_\_\_

2 - O(a) aluno(a) é alérgico a algum medicamento tópico, oral ou injetável? ( ) sim  não

Qual/(is)? \_\_\_\_\_

3 - Em caso de febre alta, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo(a) aluno(a), com qual(is) medicamento(s) ele(a) deverá ser medicado(a), por indicação médica (será necessário receita no prontuário):

OBS.: A ESCOLA SÓ IRÁ MEDICAR O (A) ALUNO (A) COM A **APRESENTAÇÃO DA RECEITA MÉDICA**

4 - A criança tem doença congênita? ( ) sim  não

Qual/(is)? \_\_\_\_\_

5 - Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?

caxumba ( ) sarampo ( ) rubéola ( ) catapora ( ) escarlatina ( ) coqueluche ( ) outras \_\_\_\_\_

Quando? março de 2026

6 – Outras condições físicas?

	SIM	NÃO
Tem hipertensão?		<input checked="" type="checkbox"/>
Tem alteração de pressão?		<input checked="" type="checkbox"/>
É diabético?		<input checked="" type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, é dependente de insulina?		<input checked="" type="checkbox"/>
É epilético?		<input checked="" type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, está em tratamento?		<input checked="" type="checkbox"/>
É hemofílico?		<input checked="" type="checkbox"/>
É deficiente visual?		<input checked="" type="checkbox"/>
É deficiente físico?		<input checked="" type="checkbox"/>
Tem algum problema cardíaco?		<input checked="" type="checkbox"/>
Tem asma ou bronquite?		<input checked="" type="checkbox"/>
Outro problema respiratório?		<input checked="" type="checkbox"/>
Já teve fraturas?		<input checked="" type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, qual parte do corpo?		
Tem algum problema no joelho?		<input checked="" type="checkbox"/>
Sente dores de cabeça com frequência?	<input checked="" type="checkbox"/>	
Tem cólicas fortes?		<input checked="" type="checkbox"/>
Tem alergia a alguma coisa?		<input checked="" type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, descreva:		<input checked="" type="checkbox"/>
Tem algum problema de saúde que o impeça de participar das aulas de Educação Física?		<input checked="" type="checkbox"/>

7 - Atualmente está fazendo algum tipo de tratamento médico? ( ) sim  não

Qual/(is)? \_\_\_\_\_

8 - Está ingerindo medicação específica? ( ) sim  não

Qual/(is)? \_\_\_\_\_

9 - O(a) aluno(a) possui alguma necessidade especial?  sim ( ) não

Qual/(is)?

A criança apresenta dupla excepcionalidade (Transtorno do espectro autista nível 3 de Suporte e Superdotação / altas Habilidades)



10 – Faz algum tipo de acompanhamento? ( ) sim ( ) não. Se positivo assinale qual(is):

Psicológico ( ) Fonoaudiológico ( ) Neurológico  Psicopedagógico ( ) Psiquiátrico

Obteve qual diagnóstico?

( ) Transtorno de Déficit de Atenção (TDA) ( ) Dislexia ( ) Dislalia  Autismo

( ) Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA) ( ) Transtorno Bipolar

( ) Outros? Explique: AHS - Altas Habilidades e Superdotação

10 - Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo(a) aluno(a), quem deverá ser avisado?

a) Nome: Verônica Parentesco: uma

Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Celular: (34) 99645 0201

b) Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

11 – O(a) aluno(a) possui algum plano de saúde?  sim ( ) não Qual?

UNIMED

12 - Em caso de necessidade, o(a) aluno(a) deverá ser removido para qual hospital ou clínica?

Santa elara ou ~~Santa~~ UMC / Santa marta

Endereço do hospital ou clínica: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

Declaro, para os fins de direito, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e autênticas, ficando ciente que a falsidade configura crime passível de apuração e responsabilização. Declaro, ainda, que me comprometo a atualizar as informações prestadas, no caso de qualquer alteração do conteúdo acima declarado.

ASSINATURAS

Pai / Mãe / Responsável	Direção Escolar	Coordenação Pedagógica
<u>Dalva Aparecida</u> <u>Muro</u>	_____	_____

Paciente **Samuel Noah Bispo Oliveira Miro**  
Data Nascto. 03/01/2019  
Sexo Masculino  
Data atend. 18/09/2025

Atendimento **130.033**  
Prontuário 17.545  
Convênio

Atendimento: 130033 Data: 18/09/2025 Médico: MIRIAM BARBOSA BORGES, CRMMG-30164

## LAUDO MÉDICO


O paciente apresenta dupla excepcionalidade ( transtorno do espectro autista nível 1 de suporte e superdotação/ altas habilidades), CID10 F84.0 e 6A02.0.

O autismo é uma condição crônica do neurodesenvolvimento, sem terapêutica curativa conhecida. Necessita de acompanhamento multidisciplinar para melhora de sintomas.

A equipe multidisciplinar deve ser composta por:

- Psicoterapia- abordagem cognitivo comportamental- 2 sessões semanais
- Terapia ocupacional com integração sensorial- 1 sessão semanal.

Pela **escola regular**, oriento apoio psicopedagógico voltado às necessidades específicas referentes às altas habilidades/ superdotação, para enriquecimento curricular, conforme áreas de interesse do aluno.

  
Miriam Barbosa Borges  
Neurologia Infantil  
CRM MG 30164

Documento assinado digitalmente conforme a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001 no sistema certificado SBIS-SRES-068  
por MIRIAM BARBOSA BORGES CPF 70975108620, às 12:07 de 18/09/2025  
COM A HASH 6e9dbb858ecc30d6444ef476c596b2de