



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA  
GERÊNCIA DE ALIMENTAÇÃO

FICHA DE CADASTRO PARA ALUNOS COM NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECIAIS  
ANEXO I - CMEIS e ESCOLAS

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO QUE ACOMPANHA O USUÁRIO  
ATENÇÃO AO PREENCHIMENTO COMPLETO DAS INFORMAÇÕES

Data da solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de atendimento: \_\_\_\_\_

Nome do usuário: \_\_\_\_\_

Sexo ( )F ( )M

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO CLÍNICO – Deve ser preenchido com letra legível

Doença de base: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_ CID-10 \_\_\_\_\_

Comorbidade(s): \_\_\_\_\_

História Clínica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Orientação dietética: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Justificativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observação: Os produtos serão fornecidos pela SME de acordo com as especificações técnicas e não nomes comerciais.

Carimbo e assinatura do médico: \_\_\_\_\_