



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

FICHA DE CADASTRO PARA ALUNOS COM NECESSIDADES
ALIMENTARES ESPECIAIS ANEXO II – CRIANÇAS MENORES DE 6
MESES

ATENÇÃO AO PREENCHIMENTO COMPLETO DAS INFORMAÇÕES

Data: ___/___/___

Unidade de ensino: _____ Núcleo: _____

Turma: _____ Turno: () manhã () tarde () integral

Nome da criança: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Responsável: _____ Grau de parentesco: _____

Telefones para contato: _____

Diagnóstico médico: _____

Acompanhamento médico

() SIM () NÃO

1. Nome do médico: _____ CRM: _____

Especialidade: _____

2. Nome do médico: _____ CRM: _____

Especialidade: _____

3. Nome do médico: _____ CRM: _____

Especialidade: _____

Nome do Hospital/Instituição: _____

() SUS () Convênio () Particular

Acompanhamento Nutricional

() SIM () NÃO

Nome do nutricionista: _____ CRN: _____

Nome do Hospital/Instituição: _____

() SUS () Convênio () Particular

DADOS ALIMENTARES

1. Até que idade a criança recebeu aleitamento materno?

() Ainda é amamentada () Nunca () ___ meses () ___ dias

2. Até que idade a criança recebeu aleitamento materno exclusivo (Aleitamento materno exclusivo consiste em oferecer à criança apenas leite materno, sem água, chás, sucos, leites, outras bebidas ou alimentos)?

() ___ dias () ___ meses () Ainda está em aleitamento materno exclusivo

3. Alimentação habitual da criança:

Leite materno: ___ vezes ao dia

Chá ou água ___ vezes ao dia

Leite de vaca ___ vezes ao dia

Fórmula infantil ___ vezes ao dia. Qual? _____

Suco de frutas natural ___ vezes ao dia.

Fruta ___ vezes ao dia. Quais frutas? _____

Papa salgada (sopas, purês, entre outros) ___ vezes ao dia.

Alimentos normalmente utilizados:

Principais modificações na alimentação (em casa) após o diagnóstico:

Responsável

Assinatura do Responsável: _____

Nome: _____

Representante da unidade

Nome: _____

Assinatura: _____

Matrícula: _____

Função: _____