

GRADUAÇÃO
FICHA MÉDICA

NOME: <u>Leandro Azevedo da Silva</u>		
CURSO: <u>ENGENHARIA CIVIL</u>	TURNO: <u>NOTURNO</u>	
FILIAÇÃO: PAI: <u>JOSE CASSIMIRO DA SILVA</u> MÃE: <u>ANTONIA AROCHA DA SILVA</u>		
ENDEREÇO: <u>RUA ELLICEDIO TAVARES, 111</u>		
BAIRRO: <u>BATE QUENTE</u>	CEP: <u>45100-000</u>	
CIDADE: <u>VALDUEN</u>	TELEFONE: <u>11.940056399</u>	
TIPO SANGUÍNEO:	RH:	Email: <u>leandroazevedo@gmail.com</u>
PORTADOR DE ALGUM PROBLEMA CONGÊNITO: () SIM (X) NÃO QUAL? _____		
ALERGIAS: () SIM (X) NÃO QUAL? _____		
EM CASO DE URGÊNCIA ENCAMINHAR PARA: <u>PS</u>		
EM CASO DE URGÊNCIA LIGAR PARA: <u>MOVALIGA - 75 99167-5401</u>		
OBSERVAÇÕES:		