

GRADUAÇÃO
FICHA MÉDICA

NOME: <u>Valane dos Santos Lorenção</u>		
CURSO: <u>Ciências Contábeis</u>		TURNO: <u>Naturais</u>
FILIAÇÃO:		
PAI: <u>Ademilton Bonaldi da Lorenção</u>		
MÃE: <u>Nomei de Jesus dos Santos</u>		
ENDEREÇO: <u>Estância Azul, Abel Torres</u>		
BAIRRO: <u>Estância Azul</u>		CEP: <u>45400000</u>
CIDADE: <u>Valença</u>		TELEFONE: <u>(51) 98841-4262</u>
TIPO SANGUINÉO:	RH:	Email: <u>valamey12@gmail.com</u>
PORTADOR DE ALGUM PROBLEMA CONGÊNITO:		
<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL? _____		
ALERGIAS:		
<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL? _____		
EM CASO DE URGÊNCIA ENCAMINHAR PARA: <u>Nomei de Jesus dos Santos</u>		
EM CASO DE URGÊNCIA LIGAR PARA: <u>(5) 98841-8465 (mãe)</u>		
OBSERVAÇÕES:		