

GRADUAÇÃO
FICHA MÉDICA

| | | |
|--|---------------------------------|---|
| NOME: <u>IVAN KÉLIO SANTOS DA SILVA</u> | | |
| CURSO: <u>CIÊNCIAS CONTÁBILIS</u> | TURNO: <u>NOITE</u> | |
| FILIAÇÃO: | | |
| PAI: <u>KÉLIO SANTANA DA SILVA</u> | | |
| MÃE: <u>IVANITA SILVA SANTOS</u> | | |
| ENDEREÇO: <u>AV. DO QUARANI</u> | | |
| BAIRRO: <u>CENTRO</u> | CEP: <u>4542000</u> | |
| CIDADE: <u>CAIRO - BA</u> | TELEFONE: <u>(75) 988394769</u> | |
| TIPO SANGUÍNEO: | RH: | Email: <u>IVANKELI.SANTOS0302@gmail.com</u> |
| PORTADOR DE ALGUM PROBLEMA CONGÊNITO: | | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL? _____ | | |
| ALERGIAS: | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL? <u>IBULOXENO</u> | | |
| EM CASO DE URGÊNCIA ENCAMINHAR PARA: | | |
| <u>HOSPITAL</u> | | |
| EM CASO DE URGÊNCIA LIGAR PARA: | | |
| <u>IVANITA (MÃE)</u> | | |
| OBSERVAÇÕES: | | |