

GRADUAÇÃO  
FICHA MÉDICA

FOTO  
3 x 4

NOME: <u>Wellisandra Duarte Sousa</u>		
CURSO: <u>Pedagogia</u>	TURNO: <u>Nocturno</u>	
FILIAÇÃO:		
PAI: <u>Sérgio de Jesus Sousa</u>		
MÃE: <u>Sandra Regina Silva Duarte</u>		
ENDEREÇO: <u>Camimho 19 n. 77</u>		
BAIRRO: <u>União</u>	CEP: <u>45400-000</u>	
CIDADE: <u>Valença</u>	TELEFONE: <u>75 99941-3649</u>	
TIPO SANGUÍNEO:	RH:	Email: <u>wellisandra.duarte1347@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:		
_____		
EM CASO DE URGÊNCIA LIGAR PARA:		
<u>Sandra 75 98205-6684, Sérgio 75 99875-8626 Wellington 75 98899-1620</u>		
OBSERVAÇÕES:		
_____		