

GRADUAÇÃO
FICHA MÉDICA

| | | | |
|--|-----|-----------------------------------|--|
| NOME: <i>Martuly Kamily Rodriguez Lima</i> | | | |
| CURSO: <i>Fisioterapia</i> | | TURNO: | |
| FILIAÇÃO: | | | |
| PAI: <i>José Sandro Lima de Jesus</i> | | | |
| MÃE: <i>Aires Rodriguez Moura</i> | | | |
| ENDEREÇO: <i>Rua Maria Pereira de Sousa</i> | | | |
| BAIRRO: <i>São Félix</i> | | CEF: <i>45.400-000</i> | |
| CIDADE: <i>Valença</i> | | TELEFONE: <i>(75) 98702-1643</i> | |
| TIPO SANGUÍNEO: <i>A+</i> | RH: | Email: <i>mully.k.u@gmail.com</i> | |
| 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: <i>(75) 98883-1906 Aires Rodriguez</i> | | | |
| <i>(75) 98233-4342 Sandro Lima</i> | | | |
| OBSERVAÇÕES: | | | |

Prezado (a) Aluno (a),

Você está recebendo a ficha cadastral. Solicitamos-lhe o correto preenchimento desta ficha para digitação dos seus dados no sistema.

Desde já, agradecemos a sua valiosa colaboração. Secretaria de

Registros Acadêmicos

IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo: Neithaly Kamilya Rodrigues Viana

Data de Nascimento: 20 Dezembro 2003 Sexo: Masculino Feminino Cor/Raça:

Branca Parda Indígena Preta Amarela Não Declarada

Nome Completo da Mãe: Alina Rodrigues Moura

Nome Completo do Pai: Jose Sandro Duarte de Jesus

Nacionalidade: Brasileira Brasileira - nascido no exterior ou naturalizado Estrangeira

País de Origem: Brazil Unidade Federativa de Nascimento: Bahia

Município de Nascimento: Valença

Aluno com Deficiência: Sim Não

Tipos de Deficiência: Cegueira Surdez Deficiência Física Deficiência Múltipla

Baixa Visão Deficiência Auditiva

Autoriza que outra pessoa tenha acesso a documentos e/ou informações?

ACADÊMICA FINANCEIRA

Não

Sim. Quem? _____ RG _____

CONTATOS

Telefone Residencial: _____ Telefone Comercial: _____

Telefone Celular: (75) 98702-1643 Telefone para Recado: _____

E-mail: milly.k.v@gmail.com

DOCUMENTOS

RG: 16.211.742-63 Órgão Expedidor: SSP

CPF: 863.389.245-42 Doc. de Estrangeiro ou Passaporte: _____

VINCULO AO CURSO

Curso: Fisioterapia Ingresso (ano/semestre): _____

Forma de Ingresso/Seleção: Vestibular ENEM Outros Tipos de Seleção Outras formas de Egressos Financiamento

Estudantil: SIM NÃO

TIPO DE FINANCIAMENTO ESTUDANTIL REEMBOSÁVEL

FIES Programa de Financiamento da IES

Programa de Financiamento do Governo Estadual Programa de Financiamento

Programa de Financiamento de Entidades Externas Outros _____

TIPO DE FINANCIAMENTO NÃO REEMBOLSÁVEL

PROUNI Integral Programa do Governo Municipal

PROUNI Parcial Programa de Financiamento da IES

Programa do Governo Estadual Programa de Financiamento de Entidades Externas

Outros: _____