

**GRADUAÇÃO  
FICHA MÉDICA**FOTO  
3 x 4

NOME: <u>Joaquina Lameirão Silva</u>		
CURSO: <u>Fisioterapia</u>	TURNO: <u>Naturais</u>	
FILIAÇÃO:		
PAI: <u>José da Silva</u>		
MÃE: <u>Ismael Rodrigues da Lameirão</u>		
ENDEREÇO: <u>Rua Rosentino Botelho de Assunção Filho</u>		
BAIRRO: <u>Indiás</u>	CEP: <u>088.539.265-47</u>	
CIDADE: <u>Ituberá</u>	TELEFONE:	
TIPO SANGUÍNEO: <u>A+</u>	RH:	Email: <u>Joquinelameirãosilva20@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>Almôndega, Sólido em pó</u>		
EM CASO DE URGÊNCIA ENCAMINHAR PARA:		
<u>Hospital</u>		
EM CASO DE URGÊNCIA LIGAR PARA:		
<u>Meus pais 73 98209-5367 José</u>		
OBSERVAÇÕES:		