

SECRETARIA DE REGISTROS ACADÊMICOS-SRA
FICHA MÉDICA E CADASTRAL

DADOS PESSOAIS

NOME: <u>Letícia Beatriz Lopes dos Santos</u>	
CURSO: <u>Psicologia</u>	TURNO: <u>Noturno</u>
FORMA E ANO DE INGRESSO:	
FILIAÇÃO:	
PAI: <u>Fábio dos Santos Silva</u>	
MÃE: <u>Katiana Lopes dos Santos</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua Marechal Deodoro</u>	
BAIRRO: <u>Centro</u>	CEP:
CIDADE: <u>Valença</u>	TELEFONE: <u>(75) 98814-5661</u>
E-MAIL:	
DATA DE NASCIMENTO: <u>10 / 02 / 2003</u>	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
ESTADO: <u>Bahia</u>	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO: <u>Paulo Afonso</u>
NACIONALIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRA <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRA	
COR/RAÇA: <input checked="" type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> NÃO DECLARADA	
PORTADOR DE ALGUM PROBLEMA CONGÊNITO: () SIM (X) NÃO QUAL?	
ALERGIAS: () SIM (X) NÃO QUAL?	
TIPO SANGUÍNEO E FATOR RH: <u>O+</u>	
NECESSIDADE ESPECIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/>	
OUTRAS NECESSIDADES	
EM CASO DE URGÊNCIA ENCAMINHAR PARA: <u>Hospital</u>	
EM CASO DE URGÊNCIA LIGAR PARA: <u>(75) 98862-8189 Katiana</u>	
AUTORIZA QUE OUTRA PESSOA TENHA ACESSO A DOCUMENTOS E/OU INFORMAÇÕES?	
<input checked="" type="checkbox"/> ACADÊMICA <input checked="" type="checkbox"/> FINANCEIRA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. QUEM? <u>Katiana Lopes dos Santos</u>	
FINANCIAMENTO ESTUDANTIL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
FINANCIAMENTO NÃO REEMBOLSÁVEL	