

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO
(atualização de dados)

NOME COMPLETO _____

_____ Nº DE MATRICULA _____

CURSO _____ PERÍODO _____ SEMESTRE _____ 20 _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: M () F ()

CPF: _____ RG. _____

EXPEDIDOR: _____

ENDEREÇO: _____

SETOR: _____ CEP: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

TELEFONE _____

FOTO 3x4

- A Ficha deverá ser encaminhada à Coordenação de Estágio da Área da Saúde (Av. Piauí nº. 1745, ao lado do hospital), telefone (63) 3612-7700.
- **Os crachás serão encaminhados a Coordenação do respectivo curso.**

Obs.: Informamos que os crachás serão confeccionados pela instituição somente uma vez, portanto a segunda via é de responsabilidade dos acadêmicos.

Data da Solicitação ____/____/____