



# Escola de Enfermagem "Carlos Chagas"

BELO HORIZONTE — MINAS GERAIS



*Snra. Diretora da Escola de Enfermagem Carlos Chagas*

*Waleska Saikow*  
DIRETORA

*Celisa Alvares da Silva*

*juntando os documentos exigidos requer sua matricula no Curso geral*  
*desta Escola.*

*P. deferimento*

*Celisa Alvares da Silva*  
*Belo Horizonte*



*45*

### DOCUMENTOS EXIGIDOS:

- 1 Requerimento á Diretora da Escola
- 2 Registro Civil
- 3 Atestado de idoneidade moral
- 4 Carteira de identidade ou titulo eleitoral
- 5 Diploma de normalista
- OU
- 6 Certificado de conclusão da 5.ª serie do curso secundario
- 7 { Ficha de inscrição
- 8 { Atestado medico
- 9 { Atestado de dentista
- 10 Atestado de vacinação anti-variolica

*Observação: As candidatas aos Cursos de Cruz Vermelha e de Auxiliares de Enfermeiras não são exigidos os documentos mencionados nos ns. 5 e 6.*

*1945*



# Escola de Enfermagem "Carlos Chagas"

BELO HORIZONTE — MINAS GERAIS



Visto

DIRETORA

## FICHA DE INSCRIÇÃO AO CURSO DE ENFERMAGEM

NOME ; .....

(de acordo com o registro civil)

ENDEREÇO

Belo Horizonte Rua do Chumbo 601

Fóra Abaeté (Paineira)



PARENTE PROXIMO OU RESPONSÁVEL : Manuel Pereira Alvares da Silva

(de acordo com o registro civil)

PARENTESCO Pai

PROFISSÃO Farmacêutico

ENDEREÇO

Belo Horizonte

Fóra Abaeté (Paineira)

PAE Manuel Pereira A. da Silva (Vivo ou falecido)

(de acordo com o registro civil)

MÃE Celia Soares (Vivo ou falecido)

(de acordo com o registro civil)

Endereço Abaeté (Paineira)

PROFISSÃO

Pharmacêutico  
serviços domésticos

NUMERO DE IRMÃOS 10

IDADES DOS VIVOS 21-19-14-12-10-5-3-2-4 m.

Mencionar tres nomes de pessoas de suas relações com os respectivos endereços

Luácio Ferreira Alvares da Silva - Morada

Antonio Aquador Alvares da Silva - Rua Timbiras

B. Horizonte

Modesto Soares - Martinho Campos

# DADOS E CARACTERISTICOS PESSOAES

NACIONALIDADE \_\_\_\_\_ NATURALIDADE \_\_\_\_\_ RELIGIÃO \_\_\_\_\_

|           | ESCOLA E INSPETOR FEDERAL  | Duração | Data do Exame | Nota ou N.º Decreto | Certificado ou Diploma | Data     |
|-----------|--|---------|---------------|---------------------|------------------------|----------|
| INSTRUÇÃO | Primaria <i>No Grupo Escolar de Alcaeli</i>  | 4 anos  |               |                     |                        |          |
|           | Secundaria <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</span> <i>Seriado</i> | 5 anos  |               |                     | Diploma                | 10-12-47 |
|           | Superior   | 1       |               |                     |                        |          |

IDADE: *17 anos* Dia *6* Mez *Julho* Ano *1927* ESTADO CIVIL *solteiro* N.º Filhos \_\_\_\_\_ Idades \_\_\_\_\_

RESPONSAVEL POR ELES EM SUA AUSENCIA? \_\_\_\_\_

PORQUE DESEJA FAZER O CURSO DE ENFERMAGEM: por vocação, por meio de vida, por facilidade do curso, por ser util á humanidade, por achar nobre e bela a profissão? *Por ser util á humanidade*

HOUVE ALGUM FATO EM SUA VIDA QUE DESPERTASSE SUA INCLINAÇÃO PARA A ENFERMAGEM? *Sim*

TEVE ALGUM PREPARO ANTERIOR OU PRATICA DE ENFERMAGEM? *nao*

ONDE? \_\_\_\_\_ DURAÇÃO \_\_\_\_\_

TEM RESPONSABILIDADE DE FAMILIA? *nao* Quais? \_\_\_\_\_

CONCORDA SUA FAMILIA OU RESPONSAVEL COM SUA ADMISSÃO NESTA ESCOLA? *sim*

PODERA' PROVER A'S DESPEZAS DO CURSO? *nao* Recurso Pessoal? \_\_\_\_\_

AUXILIO? *6. B. U* Empréstimo? \_\_\_\_\_

QUAL A SUA DISTRAÇÃO PREFERIDA?, Leitura, teatro, musica, cinema, bailes, esportes, passeios ao ar livre? \_\_\_\_\_

QUAIS OS AUTORES OU OBRAS PREFERIDAS? *Fagundes Varela*

QUAL A SUA APTIDÃO ESPECIAL? Literatura, artes, musica, trabalhos manuais, cuidados de crianças? *Cuidados de criança*

QUAL TEM SIDO SUA OCUPAÇÃO PRINCIPAL? *Estudar*

| OCUPAÇÕES ANTERIORES | DURAÇÃO | NOME | ENDEREÇO DO CHEFE |
|----------------------|---------|------|-------------------|
|                      |         |      |                   |
|                      |         |      |                   |
|                      |         |      |                   |

PROMETE OBEDECER AO REGULAMENTO DA ESCOLA? *sim*

ESTA' DISPOSTA A RETIRAR-SE SE FOR VERIFICADO QUE SEU TEMPERAMENTO NAO SE ADAPTA A' PROFISSÃO? *sim*

Assinatura *Celisa Alvares da Silva* Data \_\_\_\_\_

# ATESTADO DO MEDICO PARTICULAR

Peço atestar a quanto tempo conhece a candidata, quaes as doenças que foi acometida desde a 1.<sup>a</sup> infancia, doenças transmissiveis, intervenções cirurgicas, defeitos fisicos, condições actuaes da pele, sistema nervoso, aparelho respiratorio, circulatorio, digestivo, genito urinario, peso ..... altura ..... vacinação anti-variolica ..... vacinação antitifica ..... se houve algum caso na familia em contato ou não com a candidata, de: Tuberculose ..... Epilepsia.....  
(data) (data)  
..... Doenças mentaes ..... Cancer ..... Sifilis.....

ASSINATURA

ENDEREÇO

ATESTADO DE DENTISTA

ASSINATURA

ENDEREÇO

Petisi o diploma de  
normalitate de Cluj

Alvares de Lih

an 1<sup>o</sup> de iulie de

1946 Elpidio N. S. L.