



Escola de Enfermagem "Carlos Chagas"

BELO HORIZONTE — MINAS GERAIS



Sra. Diretora da Escola de Enfermagem Carlos Chagas

S^{ma} D. Rosa de Lima Pereira
DIRETORA

Leiria Antonieta de Iádua, normalista
juntando os documentos exigidos requer sua matricula no Curso *Geral* de *En-*
fermagem desta Escola.

P. deferimento

Belo Horizonte  *de* *Março* de *1944*
Leiria Antonieta de Iádua

1944

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.



Escola de Enfermagem "Carlos Chagas"

BELO HORIZONTE — MINAS GERAIS



Visto

DIRETORA

FICHA DE INSCRIÇÃO AO CURSO DE ENFERMAGEM

NOME: Leônia Antonieta de Lúcia
(de acordo com o registro civil)

ENDEREÇO: Belo Horizonte - Avenida Barbacena nº 2.250
Barro Preto.
Fórea Campeste - Sul de Minas

PARENTE PROXIMO OU RESPONSÁVEL: Rubens Henriques de Campos
(de acordo com o registro civil)

PARENTESCO: Cônjuge PROFISSÃO: Empregado público.
Belo Horizonte - Avenida Barbacena nº 2.250

ENDEREÇO: Fórea

PAE: Pedro de Lúcia Duca (Vivo ou falecido)
(de acordo com o registro civil)

MÃE: Amélia da S. Campos (Vivo ou falecido)
(de acordo com o registro civil)

PROFISSÃO: Profª aposentada

Endereço: Campeste - Sul de Minas

NUMERO DE IRMÃOS: 7 IDADES DOS VIVOS: 50-45-42-35-32-30-26-

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

Dr. Domingos de Guarnião Junior.
Dr. Epifanio de Sales Vitor - Secretario particular do S. P. da Educação.
Srs. Luiz de Lúcia Duca - R. Rio de Janeiro nº 2764

DADOS E CARACTERISTICOS PESSOAES

NACIONALIDADE *Brasileira* NATURALIDADE *Campesinense* RELIGIÃO *Catolica*

INSTRUÇÃO	ESCOLA E INSPETOR FEDERAL		Duração	Data do Exame	Nota ou N.º Decreto	Certificado ou Diploma	Data
	Primaria	<i>Grupo Escolar S.º José Custódio</i>		<i>4 anos</i>			
Secundaria	Seriado ou Parcelado	<i>Escola Normal Sagrado de Jesus</i>	<i>5 anos</i>				
Superior	<i>Cidade Alfenas</i>						

IDADE: *30* Dia *1* Mez *6* Ano *1914* ESTADO CIVIL *casada* N.º Filhos *—* Idades *—*

RESPONSÁVEL POR ELES EM SUA AUSÊNCIA? *—*

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

HOUVE ALGUM FATO EM SUA VIDA QUE DESPERTASSE SUA INCLINAÇÃO PARA A ENFERMAGEM? *Enfermidade de papai*

TEVE ALGUM PREPARO ANTERIOR OU PRÁTICA DE ENFERMAGEM? *Não*

ONDE? *—* DURAÇÃO *—*

TEM RESPONSABILIDADE DE FAMÍLIA? *—* Quais? *—*

CONCORDA SUA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEL COM SUA ADMISSÃO NESTA ESCOLA? *Sim*

PODERÁ PROVER A'S DESPESAS DO CURSO? *Sim* Recurso Pessoal? *Sim*

AUXÍLIO? *Não* Empréstimo? *—*

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

QUAIS OS AUTORES OU OBRAS PREFERIDAS? *Educação J. Padre. Negromonte*

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

QUAL TEM SIDO SUA OCUPAÇÃO PRINCIPAL? *Secionar*

OCUPAÇÕES ANTERIORES	DURAÇÃO	NOME	ENDEREÇO DO CHEFE
<i>Secionar</i>	<i>9 anos</i>	<i>Grupo Escolar S.º José Custódio</i>	<i>Stilipe Neri Toledo</i>

PROMETE OBEDECER AO REGULAMENTO DA ESCOLA? *Sim*

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

Assinatura *Maria Antonieta de Cadua* Data *Belo H.º 10 de Abril de 1944*

ATESTADO DO MEDICO PARTICULAR

Peço atestar a quanto tempo conhece a candidata, quaes as doenças que foi acometida desde a 1.^a infancia, doenças transmissiveis, intervenções cirurgicas, defeitos fisicos, condições actuaes da pele, sistema nervoso, aparelho respiratorio, circulatorio, digestivo, genito urinario, peso altura vacinação anti-variolicica 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