

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

**Concurso de Habilitação para 1968**

ENFERMAGEM

Inscrição n.º 6



Candidato Elisa Lúcia Barbosa

Cart. Ident. N.º 743.230

Enderêço Praca Paulo Frontin, n.º 39

Lygia de Queiroz Guimarães  
dele

SECRETÁRIO

ELISA LIMA PEREIRA

CAIXA POSTAL 73591 - PRAIA BRAVA

23900 - ANGRA DOS REIS - RJ

\* Dados tirados da ficha ex-  
pedido em 9/8/69

Elisa Lima Barbosa

NOME DO ALUNO

19-1-48

Lata do nascimento

\* Ginásio S. João Batista

Estabelecimento que expediu certificado de exame de admissão

Pirapora

Local

Minas

Estado

Pirapora

Local

M.G.

Estado

José Cincunzas Barbosa

Nome do Pai

**RESULTADOS**

Altiva Lima Barbosa

Nome da Mãe

Port 5,5

Hist: 7,0

mat: 5,5

Ciênc: 6,0

Tronc: 6,5

Geogr: 8,5

Observações:

C. GITIRAMA  
TABELIÃO

Deu Benedito van den Broek ofn

Ass. Diretor

Do Feat Bento Van Den Broek, O. T. M.  
Cândida Miranda Costa

Ass. Fiscal

JEFFERSON GITIRAMA  
TABELIÃO  
ANTÔNIO L. GITIRAMA  
SUBSTITUTO

Reconheço verdadeira a firma S  
ultra indicado des  
signatarius Dom N.  
Pirapora 25/1/1968  
Em test.º da verdade  
J. J. J. J. J.

# Escola Normal São João Batista

Pirapora - Minas Gerais

	Português	Didática	Biologia Educacional e Higiene	Estudos Sociais Brasileiros	Sociologia Educacional	Filosofia da Educação	Psicologia Educacional	Matemática	Estatística	Inglês	Educação Física	Artes Plásticas	Religião			
1. <sup>a</sup> Série	60	67	88	67	X	X	85	78	X	77	97	93	87	-	-	-

Escola Normal S. João Batista  
Pirapora - M. G.  
Nome do Estabelecimento

1963  
Ano

Pe. Geraldo Qualiroba  
Nome do Diretor  
Cândida Miranda Costa  
Nome do Fiscal

2. <sup>a</sup> Série	59	81	81	X	67	X	66	82	X	70	96	94	97	-	-	-
-----------------------	----	----	----	---	----	---	----	----	---	----	----	----	----	---	---	---

Escola Normal S. João Batista  
Pirapora - M. G.  
Nome do Estabelecimento

1964  
Ano

Pe. Geraldo Qualiroba  
Nome do Diretor  
Cândida Miranda Costa  
Nome do Fiscal

3. <sup>a</sup> Série	69	75	80			72	83		67	76	67	95	73	-	-	-
-----------------------	----	----	----	--	--	----	----	--	----	----	----	----	----	---	---	---

Esq. N. S. S. Batista  
Pirapora - M. G.  
Nome do Estabelecimento

1965  
Ano

Pe. Frei Bento van der Bree  
Nome do Diretor  
Cândida Miranda Costa  
Nome do Fiscal



# GINÁSIO NOSSA SENHORA DO SANTÍSSIMO SACRAMENTO

Pirapora — Minas Gerais

Elisa Lima Barbosa

Nome do aluno

Pirapora

Local

Ab. Gerais

Estado

José Circuncisão Barbosa

Nome do Pai

Altiva Lima Barbosa

Nome da Mãe

Estabelecimento que expediu o certificado de

Exame de Admissão

Ginásio São João Batista

Pirapora

Local

Ab. Gerais

Estado

## RESULTADOS DOS EXAMES DE ADMISSÃO

Português 9.0

Aritmética 4.5

Geografia 9.0

História 9.0

Média Geral 7.8

Data fevereiro de 1959

1º CICLO

	Português	História	Geografia	Matemática	Ciências	Latim	Francês	Inglês	Eval. Alternas	Desenho	Outros	Outros	Outros
1.ª Série	7.0	8.7	9.0	7.5	+	8.2	8.1	+	9.2	9.3	9.2		8.5

Ginásio São João Batista

Nome do Estabelecimento

a) Juvenécio Guerra

Local: Livapara

Estado: Minas Gerais

Ano: 1959

2.ª Série	8.2	9.0	8.9	7.1	+	9.2	9.0	7.2	10.0	9.7	8.4		8.7
-----------	-----	-----	-----	-----	---	-----	-----	-----	------	-----	-----	--	-----

Gins. Nossa Senhora do Pantosmias Sacramento

Nome do Estabelecimento

a) Juvenécio Guerra

Local: Livapara

Estado: Minas Gerais

Ano: 1960

3.ª Série	7.9	7.9	7.3	7.7	8.4	8.3	9.6	7.3	+	8.3	8.5	+	8.1
-----------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---	-----	-----	---	-----

Gins. Nossa Senhora do Pantosmias Sacramento

Nome do Estabelecimento

a) Juvenécio Guerra

Local: Livapara

Estado: Mg. Gerais

Ano: 1961

4.ª Série	8.0	8.7	+	8.4	9.52	7.0	+	8.45	+	9.82	+	+	8.8
-----------	-----	-----	---	-----	------	-----	---	------	---	------	---	---	-----

Gins. Nossa Senhora do Pantosmias Sacramento

Nome do Estabelecimento

a) Juvenécio Guerra

Local: Livapara

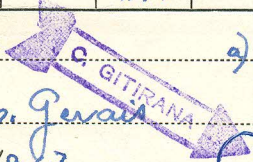
Estado: Mg. Gerais

Ano: 1962

Anacle Maria de Lencas

9 / 12 / 1967

Expedita em:



Handwritten marks at the bottom right of the page.



Observações:

A presente transferência não  
contém rasuras nem correções.

Onade ararica de Gondes

(Reservado para reconhecimento de firmas)

Firma no Tab. Everardo Vieira  
BÉLO HORIZONTE

JEFFERSON GIBRANA TABELIÃO	Reconheço verdadeira(s) as firmas cetero de
ANTÔNIO J. GIBRANA SUBSTITUTO	Mache Maria de banded e Juazeiro no Guaxee - Dou 10.
	Pirapora, 22 / 10 / 1968.
PIRAPORA - MINAS GERAIS	do verdade.

*Antônio Jefferson Gibrana*

GINÁSIO NOSSA SENHORA DO SANTÍSSIMO SACRAMENTO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

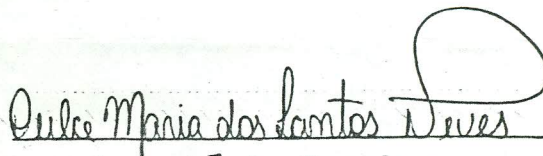
UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO (UNI-RIO)  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM

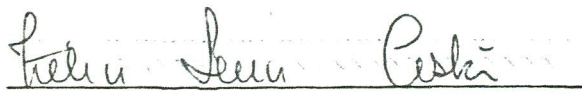


C E R T I D ã O

CERTIFICO, para os devidos fins que MARIA DOS ANJOS DE ANDRADE COSTA, foi aluna interna desse estabelecimento, no período de 1º de janeiro de 1957 a 31 de junho de 1959, sendo remunerada pelos serviços que prestou como estagiária em entidades hospitalares, de acordo com a legislação vigente (Decreto-Lei nº 4.725/42, que reorganizou a Escola Profissional de Enfermeiros e Decreto nº 10.472/42, que aprovou o regulamento da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto). A presente certidão vai por mim assinada DULCE MARIA DOS SANTOS NEVES, Secretária Escolar e ratificada pela Professora ZÉLIA SENA COSTA, Coordenadora do Curso de Enfermagem.///

Rio de Janeiro, 19 de agosto de 1983.

  
Secretária Escolar

  
Coordenadora do Curso de Enfermagem



Praia Brava, 02 de abril de 1984.

Exma. Sra.

Diretora da Escola de Enfermagem da U.F.M.G.

Belo Horizonte - MG

Prezada Senhora

Venho através desta solicitar a V. Sa. o especial favor de enviar-me uma certidão semelhante ' ao exemplo anexo, visto a declaração fornecida ter sido incluída em processo ao INAMPS e indeferida pelo mesmo por -- falta de citação do número do decreto referente ao assunto.

Antecipadamente agradeço,

Atenciosamente

*Elisa Lima Pereira*  
Elisa Lima Pereira

*Sua Secretária  
Encaminhar ao chefe de  
Seção de Ensino Politécnico  
Minau a Politécnico etc.  
Draus  
06/04/84*



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
30.000 - BELO HORIZONTE — MG

D E C L A R A Ç Ã O

DECLARO, a pedido da interessada pra fins de direito que ELISA LIMA BARBOSA, trabalhou no Hospital Municipal Odilon Berhens, no período de janeiro de 1969 a novembro de 1970, como bolsista estagiária, recebendo pelo Convênio Prefeitura de Belo Horizonte e Escola de Enfermagem de Minas Gerais. Secretaria da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 02 de julho de 1980.

*Nilza de Andrade Ribeiro*  
Nilza de Andrade Ribeiro  
Secretário

VISTO:

*Maria Noemi Ferreira Ribeiro*  
Profa. Maria Noemi Ferreira Ribeiro  
Diretora




C E R T I D ã O

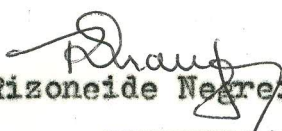
CERTIFICAMOS, para os devidos fins, que ELISA LIMA BARBOSA, exerceu no período de janeiro de 1969 a novembro de 1970, atividades de estágio no Hospital Odilon Berhens, como bolsista, recebendo pelo Convênio Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/ Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

A Escola de Enfermagem da UFMG é reconhecida pelo Decreto nº 9.102, de 24 de março de 1942, publicada no Diário Oficial da União em 27 de abril de 1942.

Seção de Ensino da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 16 de abril de 1984.

  
Francisco Ávila Reis  
Chefe da Seção

VISTO:

  
Profª Maria Rizeide Negreiros de Araújo  
DIRETORA



Escola de Enfermagem da U.F.M.G.

Av. Alfredo Balena S/N

30130 Belo Horizonte - MG

Commission on Graduates of  
Foreign Nursing Schools  
3624 Market Street, Philadelphia, PA  
19104-2679 U.S.A.

Dear Sir or Madam:

You have requested instruction and clinical practice separated. However the school does not have a file of these data in the 70's to inform you accurately.

In addition to that the structure of the course, as well as its program and clinical practice have changed for the last years, according to U.F.M.G. (Federal University of Minas Gerais). I do hope you take these data into consideration as Elisa Lima Pereira has been working as a nurse for 17 (seventeen) years, performing more than 32640 hours.

The program, hereby attached, has been performed lately.

Sincerely,

Alcinea Eustáquia Costa  
Director of Nursing School

*A Secção de Emissões  
Dactilografadas em  
papel timbrado. Em  
uma para CGFMS,  
e uma cópia para  
a interessada. A  
quiver para a  
pasta da mesma.  
AELC  
21/12/88*

Escola de Enfermagem da U.F.M.G. 1988

Pediatric Nursing: Instruction .....60 hours  
Practical .....150 hours

Psychiatric Nursing: Instruction .....45 hours  
Practical .....135 hours

Obstetric Nursing: Instruction .....60 hours  
Practical .....180 hours

Medical and Surgical Nursing: Instruction ..90 hours  
Practical ....270 hours

Alcinea Eustáquia Costa  
Director of Nursing School



# Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS)

3624 Market Street, Philadelphia, Pennsylvania 19104-2679 U.S.A.

Phone: (215) 349-8767

Cable: CGFNS, Philadelphia, U.S.A.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG  
AV. ALFREDO BALENA 190 BH  
30. 130 MINAS GERAIS  
BRASIL  
ATTN. DIRECTOR: A. ESTINQUE TOLA

Our Reference Number: 761833

Date: 12/20/88

Dear Sir/Madam:

The following person has applied to take the CGFNS Qualifying Examination:

ELISA LIMA PEREIRA                      D.O.B. 1/19/48

In order to be eligible to take the examination, applicants are required to have had both theory and clinical practice in the following five areas of nursing: medical, surgical, obstetric, pediatric and psychiatric.

- The School of Nursing Transcript we received did not contain specific information as to the number of ~~theory~~ clinical practice hours/days this applicant has received exclusively in each of the five areas (integrated hours cannot be accepted). Please specify in days or hours for each of the five areas for clinical practice. Thank you!
- The School of Nursing Transcript we received did not contain the month and year of Admission/Completion dates.
- The School of Nursing Transcript we received did not contain the birth date of this applicant.
- The School of Nursing Transcript we received did not contain the seal or stamp of your institution. To verify that the information is correct, please affix the seal or stamp where indicated on the enclosed photocopy.
- Both to prevent the mis-use of transcript forms and to protect the reputation of the nursing school, we ask that the transcript come directly from the school of nursing and not from the individual applicant. Would you be kind enough to complete the enclosed form.
- Please send all items via AIR MAIL in the enclosed yellow envelope as soon as possible. In order for CGFNS to proceed with screening the application, all items must be received no later than:
- Other:

Thank you for your cooperation in this matter.



# Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS)

3624 Market Street, Philadelphia, Pennsylvania 19104-2679 U.S.A.

Phone: (215) 349-8767

Cable: CGFNS, Philadelphia, U.S.A.

Director  
Escola de Enfermagem da UFMG  
Av. Alferdo Balena 190 - BH  
31030 Minas Gerais  
BRAZIL

Our Reference Number: 761833

Date: Sept. 1, 1988

Dear Sir/Madam:

The following person has applied to take the CGFNS Qualifying Examination:

Elisa Lima Pereira - 1970

In order to be eligible to take the examination, applicants are required to have had both theory and clinical practice in the following five areas of nursing: medical, surgical, obstetric, pediatric and psychiatric.

- The School of Nursing Transcript we received did not contain specific information as to the number of ~~theory~~ clinical practice hours/days this applicant has received exclusively in each of the five areas (integrated hours cannot be accepted). Please note that CGFNS cannot accept clinical practice indicated by year only. Please SPECIFY in units of days or weeks for each field of nursing.
- The School of Nursing Transcript we received did not contain the month and year of Admission/Completion dates.
- The School of Nursing Transcript we received did not contain the birth date of this applicant.
- The School of Nursing Transcript we received did not contain the seal or stamp of your institution. To verify that the information is correct, please affix the seal or stamp where indicated on the enclosed photocopy.
- Both to prevent the mis-use of transcript forms and to protect the reputation of the nursing school, we ask that the transcript come directly from the school of nursing and not from the individual applicant. Would you be kind enough to complete the enclosed form.
- Please send all items via AIR MAIL in the enclosed yellow envelope as soon as possible. In order for CGFNS to proceed with screening the application, all items must be received no later than: Feb. 8, 1989
- Other:

Thank you for your cooperation in this matter.





701833

**SCHOOL OF NURSING TRANSCRIPT FORM**

**Read Guidebook For Applicants Before Filling Out This Application**

**I. TO APPLICANT:**

Complete Section 1; USE TYPEWRITER OR PRINT IN INK. Mail one form (or photocopy of form) to each school of nursing you attended, to be completed by the school and returned DIRECTLY to CGFNS. THE TRANSCRIPT IS NOT ACCEPTABLE IF RECEIVED FROM APPLICANT.

Name: ELISA LUMIA Pereira  
First/Given Name Middle Name Last Name/Surname

Maiden Name: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State or Province and Postal Code \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_  
 Month/Year of Nursing School Graduation: 1970 Date of Birth: 01 19 48  
Month Day Year

Signature of Applicant: \_\_\_\_\_

**II. TO THE DIRECTOR/REGISTRAR/MATRON OF SCHOOL OF NURSING:**

This transcript form is part of the above-named person's application for the CGFNS Qualifying Examination. Please fill in ALL THEORY AND CLINICAL PRACTICE as it applies to the program of study s/he undertook at your school, and return DIRECTLY to CGFNS via AIRMAIL. Use typewriter or print in ink.

Name of Applicant: \_\_\_\_\_ Month, Day & Year of Birth: \_\_\_\_\_  
 School of Nursing: \_\_\_\_\_ Month/Year of Admission: \_\_\_\_\_  
 School's Mailing Address: \_\_\_\_\_ Month/Year of Graduation/Completion: \_\_\_\_\_

Applicant received:  Certificate or Diploma  Degree (if checked, specify) \_\_\_\_\_

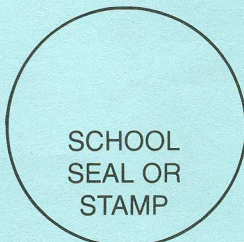
Government-approved School of Nursing?  Yes  No

Total years of school applicant attended before nursing school \_\_\_\_\_

SUBJECTS (Includes courses taken by affiliation)	Hours of Instruction*	Calendar Days of Clinical Practice
Medical Nursing		
Surgical Nursing		
Obstetric Nursing		
Pediatric Nursing		
Psychiatric Nursing (mental)		
Other (describe):		
Physical & biological sciences (anatomy, physiology, microbiology, chemistry, nutrition)		X
Social Sciences (psychology, sociology, history and trends in nursing)		

\* Includes hours of class, laboratory, and planned clinical conferences.

I certify that the above is an accurate copy of the records of the applicant whose name appears on this form and that the applicant satisfactorily completed the course.



(Signature) \_\_\_\_\_

(Title) \_\_\_\_\_

(Date) \_\_\_\_\_



# Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS)

3624 Market Street, Philadelphia, Pennsylvania 19104-2679 U.S.A.

Phone: (215) 349-8767

Cable: CGFNS, Philadelphia, U.S.A.

DIRECTOR OF NURSING EDUCATION  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG  
AV. ALFREDO BALENA, 190-BH  
BRAZIL

Our Reference Number: 761833

Date: 7/21/88

Dear Sir/Madam:

The following person has applied to take the CGFNS Qualifying Examination:

ELISA LIMA PEREIRA NEE: BARBOSA

In order to be eligible to take the examination, applicants are required to have had both theory and clinical practice in the following five areas of nursing: medical, surgical, obstetric, pediatric and psychiatric.

- The School of Nursing Transcript we received did not contain specific information as to the number of theory/clinical practice hours/days this applicant has received exclusively in each of the five areas (integrated hours cannot be accepted).
- The School of Nursing Transcript we received did not contain the month and year of Admission/Completion dates.
- The School of Nursing Transcript we received did not contain the birth date of this applicant.
- The School of Nursing Transcript we received did not contain the seal or stamp of your institution. To verify that the information is correct, please affix the seal or stamp where indicated on the enclosed photocopy.
- Both to prevent the mis-use of transcript forms and to protect the reputation of the nursing school, we ask that the transcript come directly from the school of nursing and not from the individual applicant. Would you be kind enough to complete the enclosed form.
- Please send all items via AIR MAIL in the enclosed yellow envelope as soon as possible. In order for CGFNS to proceed with screening the application, all items must be received no later than: *August 10, 1988*
- Other: PLEASE BE ADVISED, CGFNS CANNOT DETERMINE THE SPECIFIC AMOUNT OF CLINICAL PRACTICE THAT THE APPLICANT NAMED ABOVE HAS RECEIVED IN EACH OF THE FIVE AREAS OF NURSING. PLEASE CONFIRM THE SPECIFIC NUMBER OF CLINICAL PRACTICE DAYS THIS APPLICANT HAS RECEIVED IN EACH OF THE FIVE AREAS OF NURSING.

Thank you for your cooperation in this matter.

*A Secção de Exames  
ABGL*

*Enviado em  
9/06/88*

*[Signature]*



Chief Department  
Chief Instruction Section

5. Chief  
Escola de Enfermagem da UFMG  
Universidade de Minas Gerais  
Av. Alfredo Balena 190  
30130 Belo Horizonte - MG  
Brasil

Commission on Graduates of  
Foreign Nursing Schools  
3624 Market St., Philadelphia, PA  
19104-2679 U.S.A.

Dear Sir or Madam:

I'm sending another application form of  
" School of Nursing Transcript " about Elisa Lima Perei-  
ra because the original one was sent incorrectly.

I hope it won't cause her any trouble '  
because it has been our fault.

Sincerely,

Chief S. ENSINA

VISTO  

---

Alcinéia Eustáquia Costa  
Director





Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools  
3624 Market Street, Philadelphia, PA 19104-2679 U.S.A.

CGFNS I.D. #

7001833

SCHOOL OF NURSING TRANSCRIPT FORM

Read Guidebook For Applicants Before Filling Out This Application

I. TO APPLICANT:

Complete Section I; USE TYPEWRITER OR PRINT IN INK. Mail one form (or photocopy of form) to each school of nursing you attended, to be completed by the school and returned DIRECTLY to CGFNS. THE TRANSCRIPT IS NOT ACCEPTABLE IF RECEIVED FROM APPLICANT.

Name: ELISA LIMA PEREIRA  
First/Given Name Middle Name Last Name/Surname

Maiden Name: ELISA LIMA BARBOSA

Mailing Address: CZ. POSTAL 73591 PR. IA BR. Va

25900 ANGRA DOS REIS RIO DE JANEIRO BRASIL  
City State or Province and Postal Code Country

Month/Year of Nursing School Graduation: 12/1970 Date of Birth: 01 19 48  
Month Day Year

Signature of Applicant: \_\_\_\_\_

II. TO THE DIRECTOR/REGISTRAR/MATRÓN OF SCHOOL OF NURSING:

This transcript form is part of the above-named person's application for the CGFNS Qualifying Examination. Please fill in ALL THEORY AND CLINICAL PRACTICE as it applies to the program of study s/he undertook at your school, and return DIRECTLY to CGFNS via AIRMAIL. Use typewriter or print in ink.

Name of Applicant: ELISA LIMA PEREIRA Month, Day & Year of Birth: 01.19.48

School of Nursing: ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG Month/Year of Admission: 03.68

School's Mailing Address: AV. ALFREDO BALENA 190-BH Month/Year of Graduation/Completion: 12.70  
30130 MINAS GERAIS-BRASIL

Applicant received:  Certificate or Diploma  Degree (if checked, specify) \_\_\_\_\_

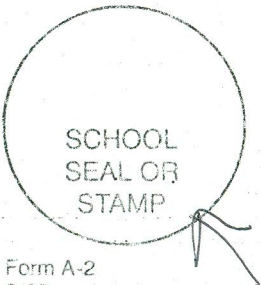
Government-approved School of Nursing?  Yes  No

Total years of school applicant attended before nursing school 11 years (eleven)

SUBJECTS (Includes courses taken by affiliation)	Hours of Instruction*	Calendar Days of Clinical Practice
Medical Nursing		obs: "
Surgical Nursing		CALENDAR DAYS OF CLINICAL PRACTICE INCLUDED? IN HOURS OF INSTRUCTION
Obstetric Nursing		" NA EPOCA NÃO HAVIA SEPARAÇÃO
Pediatric Nursing		
Psychiatric Nursing (mental)		
Other (describe): <u>PUBLIC HEALTH NURSING</u>		
Physical & biological sciences (anatomy, physiology, microbiology, chemistry, nutrition)		
Social Sciences (psychology, sociology, history and trends in nursing)		

\* Includes hours of class, laboratory, and planned clinical conferences.

I certify that the above is an accurate copy of the records of the applicant whose name appears on this form and that the applicant satisfactorily completed the course.



(Signature) \_\_\_\_\_  
(Title) DIRECTOR  
(Date) \_\_\_\_\_

not tenho certeza  
horas de aulas técnicas  
horas de estágio



IMPORTANT NOTICE: Completion of this form is necessary for consideration for licensure under Chapter 111 of the Illinois Revised Statutes. This form has been approved by the Forms Management Center.

### CERTIFICATION OF EDUCATION

SUPPORTING DOCUMENT

# ED - NUR

**APPLICANT:** Complete the applicant section of this form, then forward it to the school for completion of the remainder of the form.

1. NAME LAST FIRST MIDDLE	2. DATE OF BIRTH ____/____/____ Month Day Year	3. SOCIAL SECURITY NUMBER ____-____-____
4. ADDRESS STREET, CITY, STATE, ZIP CODE	5. REFER TO REFERENCE SHEET. Record profession name and three digit profession code for which you are making Illinois application.  _____ Profession Name Profession Code	
6. MAIDEN OR GIVEN SURNAME		
7. NAME OF INSTITUTION ATTENDED	8. DATE OF GRADUATION/COMPLETION ____/____/____ Month Day Year	

I hereby authorize a school official of the institution named above to furnish to the Illinois Department of Professional Regulation or its designated testing service the information requested below.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant

**SCHOOL OFFICIAL:** Complete the bottom portion of this page and the reverse side, then return to the applicant.

A. NAME OF INSTITUTION <i>ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</i>	B. ADDRESS OF INSTITUTION STREET, CITY, STATE, ZIP CODE <i>190 ALFREDO BALENA AVENUE 30130 BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS - BRAZIL</i>
C. DEPARTMENT OF INSTITUTION <i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</i>	E. DATES OF ATTENDANCE From <i>03/04/68</i> To <i>12/12/70</i> Month Day Year Month Day Year
D. MAJOR AREA OF STUDY OF THE APPLICANT <i>NURSING</i>	G. TYPE OF DEGREE OR CERTIFICATE AWARDED (e.g., B.A., M.A., Ph.D.) <i>B.A. in nursing</i>
F. Total academic years attended <i>02/09/08</i> OR Total calendar years attended _____ Years Months Days Years Months Days	I. DATE THAT DEGREE OR CERTIFICATE WAS CONFERRED OR WILL BE CONFERRED <i>10/07/71</i> Month Day Year

J. IF EDUCATION PROGRAM WAS COMPLETED IN LESS THAN THE NORMALLY REQUIRED TIME, PLEASE EXPLAIN:

*Este campo não precisa ser preenchido*



USE THIS SPACE TO RECORD ANY OTHER INFORMATION THAT YOU FEEL WOULD ASSIST THE DEPARTMENT IN EVALUATING THE APPLICANT'S EDUCATIONAL EXPERIENCES.

NURSING SCHOOL PROGRAM CODE

NCSBN Number \_\_\_\_\_

WHEN THIS FORM IS CERTIFIED PRIOR TO THE ACTUAL GRADUATION OF THE APPLICANT, THE SCHOOL OFFICIAL IS RESPONSIBLE FOR NOTIFYING THE DEPARTMENT OF PROFESSIONAL REGULATION OF ANY FAILURE ON THE PART OF THE APPLICANT TO COMPLETE THE REQUIREMENTS FOR GRADUATION.

I certify that the information recorded herein is true and correct according to the official records of this institution.

*ALCINEIA EUSTAQUIACOSTA*

Print Name of Dean or Director of Nursing

License Number

Signature of Dean or Director of Nursing

*DIRECTOR OF NURSING*

Title

*09* *88*  
*MES/DIA/ANO*

Date

*sem n° no COREN sua assinatura*

SCHOOL SEAL

OR

NOTARY SEAL

NOTE: If the institution does not have a school seal, this form must be notarized.

Subscribed and sworn before me this *dia* day of *SEPTEMBER*, 19 *88*.

Date of Expiration

Signature of Notary Public

RETURN THIS FORM TO APPLICANT

*do oficial de*  
*justica*  
*de*  
*contribuicoes*  
*para*  
*firmar*





USE THIS SPACE TO RECORD ANY OTHER INFORMATION THAT YOU FEEL WOULD ASSIST THE DEPARTMENT IN EVALUATING THE APPLICANT'S EDUCATIONAL EXPERIENCES.

NURSING SCHOOL PROGRAM CODE

NCSBN Number \_ \_ - \_ \_ \_

WHEN THIS FORM IS CERTIFIED PRIOR TO THE ACTUAL GRADUATION OF THE APPLICANT, THE SCHOOL OFFICIAL IS RESPONSIBLE FOR NOTIFYING THE DEPARTMENT OF PROFESSIONAL REGULATION OF ANY FAILURE ON THE PART OF THE APPLICANT TO COMPLETE THE REQUIREMENTS FOR GRADUATION.

I certify that the information recorded herein is true and correct according to the official records of this institution.

ALCINEA EUSTAQUIA COSTA  
Print Name of Dean or Director of Nursing

M6-6229  
License Number

*Alcinea Eustaquia Costa*  
Signature of Dean or Director of Nursing

DIRECTOR OF NURSING

Title

10/03/88

Date

NOTE: If the institution does not have a school seal, this form must be notarized.

Subscribed and sworn before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 19 \_\_\_\_ .

Date of Expiration

Signature of Notary Public

RETURN THIS FORM TO APPLICANT



TENNESSEE BOARD OF NURSING  
DEPARTMENT OF HEALTH AND ENVIRONMENT  
283 PLUS PARK BOULEVARD  
NASHVILLE, TENNESSEE 37219-5407



03  
005 - \$40.00  
013 - \$ 5.00

Application for a License to Practice as a Registered Professional Nurse by Examination

PART I - TO BE COMPLETED BY APPLICANT

Print or Type

Name PEREIRA ELISA LIMA BARBOSA  
EAST FIRST MIDDLE MAIDEN

Social Security Number \_\_\_\_\_ Telephone Number 0243 / 432255 - 291

Place of Birth PIRAPORA Date of Birth 01.19.1948

Address License to be sent Ex. Postal 73591 Praia Brava 23900 Angra dos Reis - RJ-BRASI  
CITY COUNTY STATE ZIP CODE

General Education:

High School Graduate 12.08.65 Year 1965 Name of School Ginásio São João Batista

Location PIRAPORA - MINAS GERAIS

G.E.D. Equivalency \_\_\_\_\_ Date Test Administered \_\_\_\_\_

College or University: Degree Yes Date of Degree 12.12.70 Number of Credits Toward Degree \_\_\_\_\_

Name of College ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MG

Location BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

Nursing Education:

Diploma Yes Degree 12.12.70 Granted by ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG School of Nursing

Location S/N ALFREDO BALENA AV. 30130 BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS - BRASIL  
CITY STATE ZIP CODE

Length of Course THREE YEARS Date of Enrollment 03.04.68 Completion Date 12.12.1970

No. of Credits: Quarter \_\_\_\_\_ Semester \_\_\_\_\_

Have you written the National Council Licensure Examination (NCLEX-RN) before? Yes \_\_\_\_\_ No X

or have you written any Licensing Examination for Nursing before? Yes \_\_\_\_\_ No X Date(s) \_\_\_\_\_

If yes to either, explain: \_\_\_\_\_

Do you have any physical or mental limitations? Yes \_\_\_\_\_ No X If yes, explain. \_\_\_\_\_

Have you ever been convicted for a violation of the law other than a minor traffic violation? Yes \_\_\_\_\_ No X

If yes, explain under comments.

COMMENTS:

Elisa Lima Pereira 10.07.88

Signature

Date



WALTER RODRIGUES  
 No. 06/2566

INFORMATION

1. A nurse cannot lawfully practice nursing in the State of Tennessee unless licensed by the Tennessee Board of Nursing.
2. Examinations will be held twice each year, oftener if deemed necessary by the Board.
3. NCLEX Application and fee must be filed with the National Council of State Boards of Nursing, Inc. on or before date specified prior to the examination.
4. This application and fee must be filed with the Board on or before the date specified prior to the examination.
5. Fee must accompany this application and must be in the form of post office money order or cashier's check payable to "Tennessee Board of Nursing".
6. This application, including the official transcript, must be mailed directly to this office from the institution awarding the degree or diploma.
7. An official application to write the National Council Licensure Examination in Tennessee must include:
  - a. completed application forms
  - b. one photograph according to specifications
  - c. an official transcript of final record
  - d. fees
8. If student application is submitted, attach photograph to that application with fees.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 COMARCA DE ANGRA DE MARANHÃO  
 4.º Distrito-VILA DE MARANHÃO  
 REGISTRO CIVIL  
 WALTER RODRIGUES  
 Oficial Titular

CARTORIO 4.º DISTRITO  
 Reconheço a(s) Firma(s) *Elisa Lima Pereira*  
 da verdade



PART III - TO BE COMPLETED BY PRESENT DEAN, DIRECTOR, OR CHAIRMAN

The date of the last physical examination was XXXXXXXXXX, 19 XXY, and at that time the applicant appeared to be in good physical and mental health.  
(Physical examination must be within six (6) months of testing date)

I hereby certify that ELISA LIMA PEREIRA met all requirements for a degree/diploma in nursing on 12.12.1970 and the degree \_\_\_\_\_ diploma of NURSE was/will be awarded 10.07.1971

Signed: Marcia Estegoin Costa DIRECTOR  
DEAN/DIRECTOR/CHAIRMAN OF NURSING SCHOOL TITLE  
DIRETORA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG.

School of Professional Nursing ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG

Date 10.14.1988

JANEIRO  
DOS REIS  
MBOCABA  
CIVIL  
REGISTROS

AFFIDAVIT

State of RIO DE JANEIRO  
County of ANGRA DOS REIS } S.S.

WALTER RODRIGUES, being duly sworn, says that ELISA LIMA PEREIRA is the person referred to in the foregoing application for a license to practice as a Registered Nurse in the State of Tennessee; that the statements therein contained are true, and that ELISA LIMA PEREIRA has read and understands this affidavit.

Legal Signature of Applicant Elisa Lima Pereira

Em 07 de Outubro de 1988  
Walter Rodrigues

Sworn to before me this 07 day of OCTOBER, 19 88

Notary Public Walter Rodrigues Not. 06/2565

Commission Expires \_\_\_\_\_

SEAL





ESCOLA DE ENFERMAGEM

- Anthropology
- Pharmacology
- Parasitology
- Psychology
- Sociology
- History and ethic in nursing
- Nursing Fundamentation
- Pathology
- Sanitation

2º year: 1969 - Hours of instruction: 330

SUBJECTS

- Medical Nursing
- Surgical Nursing
- Apprenticeship psychology

3º year: 1970 - Hours of instruction: 750

SUBJECTS

- Administration Nursing
- History and ethic in nursing
- Obstetric Nursing
- Pediatric Nursing
- Psychiatric Nursing
- Psychology

4º year: 1971 Hours of instruction: 705

Nursing Habilitation in Nursing Public Health

In Nursing Program included hours theory and hours practic.

Yours Sincerely



ESCOLA DE ENFERMAGEM

NAME: Elisa Lima Pereira

MAIDEN NAME: Elisa Lima Barbosa

MAILING ADDRESS: CP 73591 Praia Brava 23900

CITY: Angra dos Reis

STATE: Rio de Janeiro

COUNTRY: Brasil

DATE OF BIRTH:

Month - 01

Day - 19

Year - 1948

SEX: Female

TOTAL YEARS OF NON NURSING SCHOOL: 11 Years

SCHOOLS ATTENDED	DATE GRADUATED
- Elementary School	1959
- Secondary School	1962
- Normal School	1965

TOTAL YEARS NURSING EDUCATION: 04 years.

SCHOOL: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

- QUALIFICATION EXAMINATION:

Year: 1968

SUBJECTS

- Language Portuguese
- Biology
- Physics
- Chemistry
- Psychotechnological test

1st year: 1968 - Hours of Instruction: 1359

SUBJECTS

- Anatomy & Physiology
- Microbiology
- Chemistry
- Nutrition



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

## ESCOLA DE ENFERMAGEM

ALUNO Elisa Lima BarbosaENDEREÇO ATUALIZADO: CCUFMG/Praca Paulo Frontin n° 39 Pira-pora <sup>Rua João Paulo, 684 - apt° 207</sup>CARTEIRA DE IDENTIDADE= Nº 743.230 SÉRIE V-4343 SEÇÃO V-4442Belo Horizonte ESTADO Minas GeraisTÍTULO ELEITORAL - Nº 5704 ZONA 208 Sec. 1ESTADO Minas Gerais VOTOU NA ÚLTIMA ELEIÇÃO? 

CERTIFICADO MILITAR=

CERTIFICADO DE RESERVISTA DE  <sup>1ª</sup>  <sup>2ª</sup>  <sup>3ª</sup> CATEGORIACERTIFICADO DE ALISTAMENTO CERTIFICADO DE ISENÇÃO CERTIFICADO DE DISPENSA 

Nº \_\_\_\_\_ - REPARTIÇÃO EXPEDIDORA \_\_\_\_\_

REGIÃO= \_\_\_\_\_ - ESTADO: \_\_\_\_\_ - ANO \_\_\_\_\_

VÁLIDO ATÉ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

REGISTRO CIVIL=

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO: PAI José Circuncisão BarbosaMÃE Altiva Lima BarbosaLUGAR ONDE NASCEU: Pirapora

MUNICÍPIO DE \_\_\_\_\_

ESTADO: Minas GeraisDATO DO NASCIMENTO: 19 / 1 / 1948DADOS DO REGISTRO DO DIPLOMA DE NormalistaNº DO REGISTRO: não consta LIVRO= n: 50 FLS 157-V(Escola Normal São João Batista de Pirapora M.G.)SEÇÃO OU DEPARTAMENTO: Ensino Secundário e Superior - 1ª SecÓRGÃO= Secretaria de Educação de Minas GeraisDATA DO REGISTRO: 30 / 5 / 1966Em 2 de 12 de 69

FUNCIONÁRIA ESPONSÁVEL PELA ANOTAÇÃO

vide verso



Registro no Prefeitura de Belo Horizonte

Departamento de Educação e Cultura - Ensino  
Primário

Reg<sup>o</sup> n<sup>o</sup> 1565

Em 31/5/1967 Folha 17

Livro n<sup>o</sup> 5

1<sup>o</sup> ciclo } <sup>1959</sup> 1<sup>o</sup> ano - ginásio S. João Batista  
Pirapora

Estabelecimento: } <sup>1960 a 1962</sup> ginásio N. Sra. do Santíssimo Sacramento

Seol: Pirapora - M.G.

Data da conclusão: 1962

2<sup>o</sup> ciclo

Estabelecimento Escola Normal São João Batista

Seol: Pirapora - M.G.

Data da conclusão: 1965

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO ESCOLAR

Nome: **ELISA LIMA BARBOSA**  
 Filiação: **JOSÉ CIRCUNCISÃO BARBOSA E ALTIVA LIMA BARBOSA**  
 Natural de: **PIRAPORA - MINAS GERAIS**  
 Nascido(a): **19/1/1948**

CURSO DE **ENFERMAGEM**

SERVIÇO MILITAR

Documento apresentado:  
 Repartição expedidora:  
 Data da expedição:

CURSO SECUNDÁRIO

1º CICLO  
 Estabelecimento: **Ginásio São João Batista-1959**  
**Ginásio Nossa Senhora de Santíssimo Sacramento**  
**1960 a 1962**

Séde: **Pirapora - Minas Gerais**  
 Data da conclusão: **1962**

2º CICLO  
 Estabelecimento: **Escola Normal São João Batista**

Séde: **Pirapora - Minas Gerais**  
 Data da conclusão: **1965**

DADOS DO REGISTRO DO DIPLOMA DE: **Normalista**  
 Nº DO REGISTRO: **-** LIVRO: **50** FLS: **157 v**

SEÇÃO OU DEPARTAMENTO: **Ensino Secundário e Superior-1ª Seção**

ÓRGÃO: **Secretaria de Educação de Minas Gerais**

DATA DO REGISTRO: **30/5/1966**

CURSO SUPERIOR

CONCURSO DE HABILITAÇÃO-ANO LETIVO DE 19 **68**

DISCIPLINAS	NOTA DE APROVAÇÃO	MÉDIA
Português.....	7,0	7,5
Biologia.....	8,0	
Física.....	9,0	
Química.....	6,3	
Teste Psicotécnico.....	Aprovada	



HISTÓRICO ESCOLAR DE: **ELISA LIMA BARBOSA**  
CURSO SUPERIOR - (continuação)

## 1ª SÉRIE - ANO LETIVO 19 68

DISCIPLINAS	Notas de aprovação		
	Promoção	Exames	
		1ªép.	2ªép.
C.H.			
150 Anatomia e Fisiologia.....	8,8	107	Aprovado
60 Antropologia.....	7,5	102	
150 Bioquímica.....	9,0		
15 Ética e História da Enfermagem.....	9,0		
20 Farmacologia.....	7,7	33	
30 Fundamentos de Enfermagem.....	8,3		
100 Microbiologia.....	8,8		
30 Nutrição e Dietética.....	8,5		
100 Parasitologia.....	8,0		
60 Patologia Geral.....	7,5		
60 Psicologia Geral.....	8,8		
15 Saneamento.....	7,5		
30 Sociologia.....	8,7		

## 2ª SÉRIE - ANO LETIVO 19 69

DISCIPLINAS	Notas de aprovação		
	Promoção	Exames	
		1ªép.	2ªép.
400 Enfermagem Cirúrgica inclusive em Centro Cirúrgico.....	87,5pts	165	
360 Enfermagem Médica inclusive em Doen- ças Transmissíveis.....	7,5		
30 Psicologia da Aprendizagem.....	8,0		
Estágios:			
50 Enfermagem Cirúrgica inclusive em Centro Cirúrgico.....			
50 Enfermagem Médica inclusive em Doen- ças Transmissíveis.....			



HISTÓRICO ESCOLAR DE: **ELISA LIMA BARBOSA**

Curso Superior-(continuação)

3ª SÉRIE - ANO LETIVO 1970

DISCIPLINAS	Notas de aprovação	
	Promoção	Exames
		1ªép.
150 Administração Apl. à Enfermagem.....	90pts	→ 90
45 Ética e História da Enfermagem (Deontologia).....	93pts	→ 70
180 Enfermagem Obstétrica e Ginecológica.....	83,3pts	
160 Enfermagem Pediátrica.....	80pts	
160 Enfermagem Psiquiátrica.....	90pts	
30 Psicologia Evolutiva.....	82,3pts	
30 Psicologia da Personalidade.....	85pts	

## ESTÁGIOS

30 Administração Apl. à Enfermagem  
 20 Enfermagem Obstétrica e Ginecológica  
 20 Enfermagem Pediátrica  
 20 Enfermagem Psiquiátrica X

DATA DA COLAÇÃO DE GRAU: 12 de dezembro de 1970

DATA DA EXPEDIÇÃO DO DIPLOMA: 07 de outubro de 1971

OBSERVAÇÕES:

Seção de Ensino da Escola de Enfermagem da Universidade Federal  
 de Minas Gerais, Belo Horizonte, 07 de outubro de 1971

*Luiz Carlos de Souza Cavalcanti*  
 Chefe da Seção de Ensino

*Nilza de Andrade Ribeiro*  
 Secretário

*Lealtina Goulart de Aguiar*  
 Diretora





## HISTÓRICO ESCOLAR

### CURSO DE HABILITAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

NOME: ELISA LIMA BARBOSA

FILIAÇÃO: JOSÉ CIRCUNCISÃO BARBOSA E ALTIVA LIMA BARBOSA

NASCIMENTO: 19/01/1948

CIDADE: PIRAPORA

ESTADO: MINAS GERAIS

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

CONCLUSÃO 2º GRAU: ESCOLA NORMAL SÃO BATISTA

1965 - PIRAPORA-MINAS GERAIS

#### ANO LETIVO - 1971

NOME DA DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA	NOTA	RESULTADO
1º SEMESTRE			
BIOESTATÍSTICA	030	90,0	APROVADA
EPIDEMIOLOGIA	030	75,0	APROVADA
MÉTODOLOGIA E TÉCNICA DE PESQUISA - INTRODUÇÃO À METODOLOGIA CIENTÍFICA	030	79,0	APROVADA
PSICOLOGIA SOCIAL	030	70,0	APROVADA
SANEAMENTO AMBIENTAL I	015	75,0	APROVADA
2º SEMESTRE			
EDUCAÇÃO SANITÁRIA INCLUSIVE MATERIAL AUXILIAR	060	90,0	APROVADA
ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA	195	80,0	APROVADA
ESTUDOS PROBLEMAS BRASILEIROS I	015	84,0	APROVADA
ESTUDOS PROBLEMAS BRASILEIROS II	015	85,0	APROVADA
ÉTICA E HISTÓRIA DA ENFERMAGEM - LEGISLAÇÃO	015	95,0	APROVADA
HIGIENE	015	80,0	APROVADA
METODOLOGIA CIENTÍFICA	045	75,0	APROVADA

PARA QUE ESTE DOCUMENTO SEJA VÁLIDO SÃO NECESSÁRIOS A RUBRICA E O CARIMBO DO DIRETOR DA UNIDADE OU DO DRCA EM TODAS AS PÁGINAS, BEM COMO SUA ASSINATURA NA ÚLTIMA PÁGINA.



## HISTÓRICO ESCOLAR

### CURSO: ENFERMAGEM EM LICENCIATURA

NOME: ELISA LIMA BARBOSA

FILIAÇÃO: JOSÉ CIRCUNCISÃO BARBOSA E ALTIVA LIMA BARBOSA

NASCIMENTO: 19/01/1948            CIDADE: PIRAPORA            ESTADO: MINAS GERAIS

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

CONCLUSÃO 2º GRAU: ESCOLA NORMAL SÃO BATISTA  
1965 - PIRAPORA-MINAS GERAIS

INÍCIO: MARÇO/1971

TÉRMINO: DEZEMBRO/1971

DATA DE COLAÇÃO DE GRAU: 15 DE DEZEMBRO DE 1971

DATA DE EXPEDIÇÃO DE DIPLOMA: 13 DE OUTUBRO DE 1972

#### ANO LETIVO - 1971

NOME DA DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA	NOTA	RESULTADO
DIDÁTICA DE ENFERMAGEM	060	82,0	APROVADA
DIDÁTICA DA LICENCIATURA	060	70,0	APROVADA
ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO ENSINO DE 2º GRAU	060	87,0	APROVADA
INTRODUÇÃO À EDUCAÇÃO	060	85,0	APROVADA
PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO I - DESENVOLVIMENTO	060	90,0	APROVADA
PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO II - APRENDIZAGEM	060	90,0	APROVADA
PRÁTICA DE ENSINO	045	74,0	APROVADA

PARA QUE ESTE DOCUMENTO SEJA VÁLIDO SÃO NECESSÁRIOS A RUBRICA E O CARIMBO DO DIRETOR DA UNIDADE OU DO DRCA EM TODAS AS PÁGINAS, BEM COMO SUA ASSINATURA NA ÚLTIMA PÁGINA.





## HISTÓRICO ESCOLAR

NOME: ELISA LIMA BARBOSA

FILIAÇÃO: JOSÉ CIRCUNCISÃO BARBOSA E ALTIVA LIMA BARBOSA

NASCIMENTO: 19/01/1948

CIDADE: PIRAPORA

ESTADO: MINAS GERAIS

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

CONCLUSÃO 2º GRAU: ESCOLA NORMAL SÃO BATISTA

1965 - PIRAPORA-MINAS GERAIS

### CURSO: ENFERMAGEM

RECONHECIMENTO: DECRETO Nº 09102 DE 23/03/1942

BACHARELADO: DATA DE COLAÇÃO DE GRAU: 12 DE DEZEMBRO DE 1970

DATA DE EXPEDIÇÃO DE DIPLOMA: 07 DE OUTUBRO DE 1971

### 1ª SÉRIE - ANO LETIVO 1968

NOME DA DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA	NOTA	RESULTADO
ANATOMIA E FISIOLOGIA	150	88,0	APROVADA
ANTROPOLOGIA	060	75,0	APROVADA
BIOQUÍMICA	150	90,0	APROVADA
ÉTICA E HISTÓRIA DA ENFERMAGEM	015	90,0	APROVADA
FARMACOLOGIA	090	77,0	APROVADA
FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM	030	83,0	APROVADA
MICROBIOLOGIA	100	88,0	APROVADA
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	030	85,0	APROVADA
PARASITOLOGIA	100	80,0	APROVADA
PATOLOGIA GERAL	060	75,0	APROVADA
PSICOLOGIA GERAL	060	88,0	APROVADA
SANEAMENTO	015	75,0	APROVADA
SOCIOLOGIA	030	87,0	APROVADA

### 2ª SÉRIE - ANO LETIVO 1969

ENFERMAGEM CIRÚRGICA INCLUSIVE EM CENTRO CIRÚRGICO	400	87,5	APROVADA
ENFERMAGEM MÉDICA INCLUSIVE EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	360	75,0	APROVADA
PSICOLOGIA DA APRENDIZAGEM	030	80,0	APROVADA
ESTÁGIOS:			
ENFERMAGEM CIRÚRGICA INCLUSIVE EM CENTRO CIRÚRGICO	050	-	APROVADA
ENFERMAGEM MÉDICA INCLUSIVE EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	050	-	APROVADA

PARA QUE ESTE DOCUMENTO SEJA VÁLIDO SÃO NECESSÁRIOS A RUBRICA E O CARIMBO DO DIRETOR DA UNIDADE OU DO DRCA EM TODAS AS PÁGINAS, BEM COMO SUA ASSINATURA NA ÚLTIMA PÁGINA.

## CONVENÇÕES

### BÁSICAS

CH - CARGA HORÁRIA  
CR - CRÉDITOS  
FR - FREQUÊNCIA  
PTO - PONTOS OBTIDOS

### CLASSIFICAÇÃO (CL)

CM - CURRÍCULO MÍNIMO  
EL - ELETIVA  
OB - OBRIGATORIA  
OP - OPTATIVA

### SITUAÇÃO FINAL (SF)

A - APROVADO  
D - DISPENSADO  
I - INFREQUENTE  
R - REPROVADO  
RE - REGIME ESPECIAL  
TP - TRANCAMENTO PARCIAL  
TT - TRANCAMENTO TOTAL  
TE - TRATAMENTO ESPECIAL

## CONCEITOS (CON)

### ATÉ 1º SEMESTRE/1990

CÓDIGO	VALOR	PONTOS
A - EXCELENTE	4	90 a 100
B - BOM	3	75 a 89
C - REGULAR	2	60 a 74
D - INSUFICIENTE	1	40 a 59
E - RENDIMENTO NULO		

### A PARTIR 2º SEMESTRE/1990

CÓDIGO	VALOR	PONTOS
A - EXCELENTE	5	90 a 100
B - ÓTIMO	4	80 a 89
C - BOM	3	70 a 79
D - REGULAR	2	60 a 69
E - FRACO	1	40 a 59
F - INSUFICIENTE E/OU INFREQUENTE		00 a 39

## CÁLCULO DO RENDIMENTO SEMESTRAL GLOBAL

MULTIPLICAR O VALOR DO CONCEITO DE CADA DISCIPLINA DO SEMESTRE PELO RESPECTIVO NÚMERO DE CRÉDITOS E DIVIDIR A SOMA DOS PRODUTOS PELA SOMA TOTAL DOS CRÉDITOS DAS DISCIPLINAS MATRICULADAS NO SEMESTRE (EXCLUÍDAS AS TRANCADAS).

## ATIVIDADES EXTRA - CURRICULARES

- 1 - DISCIPLINAS ELETIVAS
- 2 - DISCIPLINAS CURSADAS E NÃO APROVEITADAS NA VERSÃO CURRICULAR
- 3 - BOLSA DE ESTUDO
- 4 - BOLSA DE EXTENSÃO

- 5 - BOLSA DE PESQUISA
- 6 - BOLSA DE MONITORIA
- 7 - PROJETOS DIDÁTICOS
- 8 - PROJETOS DE EXTENSÃO
- 9 - PROJETOS DE PESQUISA
- 10 - OUTROS

## 2º SEMESTRE DE 1990 ⇒ IMPLANTAÇÃO DAS NOVAS NORMAS ACADÊMICAS



ESCOLA ENFERMAGEM  
DA U. F. M. G.

1970

CURSO: LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

NOME: ELISA LIMA BARBOSA

INÍCIO: MARÇO/1971

TÉRMINO: DEZEMBRO/1971

DATA DA COLAÇÃO DE GRAU: 15/12/1971

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO ESCOLARNOME: **ELISA LIMA BARBOSA**NATURAL DE: **PIRAPORA - MINAS GERAIS**FILIAÇÃO: **JOSÉ CIRCUNCIÇÃO BARBOSA E ALTIVA LIMA BARBOSA**NASCIDA(O) A: **19/01/1948**

Curso de Licenciatura em Enfermagem

Início: **março/1971**Término: **dezembro/1971**Instrução anterior: **Curso de Enfermagem**Estabelecimento: **Escola de Enfermagem da UFMG**Sede: **Belo Horizonte - Minas Gerais**Data de conclusão: **1970**Ano Letivo - **1971**

Disciplinas	Promoção	C.H
Didática de Enfermagem.....	82,0	- 60
Didática Licenciatura.....	70,0	- 60
Estrutura e Funcionamento do Ensino 2º Grau.....	87,0	- 60
Introdução à Educação.....	85,0	- 60
Psicologia Educação II-Aprendizagem.....	90,0	- 60
Psicologia Educação I -Desenvolvimento.....	90,0	- 60
Prática de Ensino de Enfermagem.....	74,0	45

DATA DA COLAÇÃO DE GRAU: **15/12/1971**DATA DA EXPEDIÇÃO DO DIPLOMA: **13/10/1972**OBSERVAÇÕES: **Diploma de Enfermeiro registrada na UFMG, sob o nº919, Livro CF-2, folha 92v, processo 60-151-71, em 23/11/1971.**Seção de Ensino da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, **13 de outubro de 1972.**

*upia da Wôu, Jôu, Lându*  
 Chefe da Seção de Ensino

*Nilza de A. Ribeiro*  
 Secretário

*Altiva Joubert de Aguiar*  
 Diretora





# Escola Normal São

PIRAPORA — MINAS

## REPÚBLICA DOS ESTADOS U

Em nome do Govêrno do Estado de Minas Gerais, e

Diretor da Escola Normal J. João Batista de a

aluna Elisa Lima Barbosa

Estado de Minas Gerais filha de José Ciracu

Lima Barbosa, nascida a 19 de

de Normalista, com o qual

inerentes ao mesmo.

Pirapora

J. João Batista  
DIRETOR

Cândida Miranda Costa  
FISCAL





# São João Batista

MINAS GERAIS

## OS UNIDOS DO BRASIL

Minas Gerais, eu, Se Frei Bento van den Broek,

de acôrdo com a Legislação em vigôr, confiro à

natural de Pirajuba

Circunscisão Barbosa e de Altina

em 19 de janeiro, de 1948, êste Diploma

em o qual gozará de todos os direitos e prerrogativas

em 8 de dezembro de 1965

OS UNIDOS DO BRASIL

Carlos  
SECRETÁRIO

OS UNIDOS DO BRASIL

Elisa Lima Barbosa  
DIPLOMANDA









Ensino Secundário e Superior  
Ensino de Minas Gerais

**Prefeitura de Belo Horizonte**  
 Departamento de Educação e Cultura  
 Ensino Primário

Registrado sob n.º 1505  
 em 31 de maio de 1967  
 A fls. 17 do Livro próprio. 5  
Parma  
 Chefe de S.E.P. Rafaela  
 Diretor do D. E. C.

\_\_\_\_\_  
 Chefe da S. E. P.  
 \_\_\_\_\_  
 Diretor do D. E. C.

39 OI  
 F  
 Col  
 gchf

**TRIGINELLI**  
**EXPEDIENTE**  
**DE BELO HORIZONTE**  
 - Loja 1 - Tel. 2-7225  
 e cópia com o original e  
 CRUZETROS  
 DE 19

Belo Horizonte, 21 MAI 1968

Suzanna



R. José Bento de Paulista, de dezembro de 1965  
 DIRETOR

Cândida Moura Costa  
 FISCAL

caitor  
 SECRETÁRIO



FIRMA  
Tabelião Penafiel  
N. 14. 1750, 11 - 1750/12  
RIO

Firma do Cartório Mendonça  
Tab. João Araújo Ferraz  
Rua Cidreira, 53 - B. Rio.

TABELIAO	RECONHEÇO VERDADEIRAS
BOAVENTURA	FIRMA <i>uma de Chica Lima da Silva - bandida miãnila</i>
PIRAPORA	<i>baeta - 2.º. Frei Bento van den Broek of m. baeta</i>
MINAS	<i>numes bo pes - ou</i>
	PLANTONA. 2.º 1.º 1966.
	EM TEST. <i>[Signature]</i> VERDADE
	O SAO <i>[Signature]</i>

1966



