



Escola de Enfermagem "Carlos Chagas"

BELO HORIZONTE — MINAS GERAIS



Sra. Diretora da Escola de Enfermagem Carlos Chagas

E. Sm. Sm. D. Walescha Taisão
DIRETORA

Gabriela Alves Pereira, candidata a exame de admissão,
juntando os documentos exigidos requer sua matricula no Curso Geral de
Enfermagem desta Escola.

P. deferimento

Gabriela Alves Pereira
Belo Horizonte *22* *de 1942*



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.

1942



Escola de Enfermagem "Carlos Chagas"

BELO HORIZONTE — MINAS GERAIS



Visto

DIRETORA

FICHA DE INSCRIÇÃO AO CURSO DE ENFERMAGEM

NOME: Gabriela Alves Ferreira
(de acordo com o registro civil)

ENDEREÇO { Belo Horizonte Bairro do Carlos Teates, rua Cambuquira
n.º 810
Fóra



PARENTE PROXIMO OU RESPONSÁVEL: Decis Alves Ferreira
(de acordo com o registro civil)

PARENTESCO Tae PROFISSÃO Torteiros da Escola de Engenharia

ENDEREÇO { Belo Horizonte Bairro do Carlos Teates, rua Cambuquira, n.º 810 ou
Escola de Engenharia
Fóra

PAE Decis Alves Ferreira (Vivo ou falecido)
(de acordo com o registro civil) PROFISSÃO { Torteiros

MÃE Maria Cesar Alves Ferreira (Vivo ou falecido)
(de acordo com o registro civil) { Domestica

Endereço Bairro do Carlos Teates, rua Cambuquira, n.º 810

NUMERO DE IRMÃOS 5 IDADES DOS VIVOS 18-16-8-5-3-

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

Dr. Benedito José dos Santos, rua Aragões

Dr. Gui Guimarães,

Dr. Decis dos Santos,

DADOS E CARACTERISTICOS PESSOAES

NACIONALIDADE Brasileira NATURALIDADE Tinapolis RELIGIÃO Catolica

INSTRUÇÃO	ESCOLA E INSPETOR FEDERAL		Duração	Data do Exame	Nota ou N.º Decreto	Certificado ou Diploma	Data
	Primaria	<u>Grupp Escolar "Lucio dos Santos"</u>					
Secundaria	Seriado ou Parcelado	<u>2 de adaptação na Escola Normal e 1 na</u>					
Superior		<u>" Profissional</u>					

IDADE: 20 Dia 18 Mez Januario Ano 1922 ESTADO CIVIL Solteira 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 humanida-
de, por achar nobre e bela a profissão? por vocação, por ser util á humanidade, por achar nobre e bela profissão.

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? Sim Recurso Pessoal? de meu Tal

AUXILIO? _____ Empréstimo? _____

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

QUAIS OS AUTORES OU OBRAS PREFERIDAS? besteira - passeios ao ar livre.

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

QUAL TEM SIDO SUA OCUPAÇÃO PRINCIPAL? trabalhos manuais, cuidados de crianças.

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 NÃO SE ADAPTA A' PROFISSÃO? Sim

Assinatura Gabriela Alves Pereira Data 9-9-22

ATESTADO DO MEDICO PARTICULAR

Peço atestar a quanto tempo conhece a candidata, quaes as doenças que foi acometida desde a 1.^a infancia, doenças transmissíveis, 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

Gabriel Alves Pereira refiro

sua certidão de idade no

dia 18-11-94