



CERTIDÃO DE MATRÍCULA

Certifico, para os devidos fins, que **Danielle Silva Aurélio**, CPF [44268927832](#), RG **39069483-6-SP**, RA [001201503517](#), é aluna regularmente matriculada no 9º semestre no curso de **MEDICINA**, no **Câmpus Bragança Paulista**, da Universidade São Francisco, aprovado pela **Portaria nº 284, de 19/03/2010 (D.O.U. nº 54, Seção 1, pág. 25, de 22/03/2010)**.

Câmpus Bragança Paulista, 29 de Julho de 2019


Derli Bueno
Núcleo de Registro e Controle Acadêmico
RG 29.121.619-5

CAMPUS BRAGANÇA PAULISTA - Av. São Francisco de Assis, 218 - Jd. São José - CEP [12916-900](#) / Tel.: 11 2454.8000 / Fax: 4034.1825
CAMPUS CAMPINAS - SWIFT - R. Waldemar César da Silveira, 105 - Swift - CEP [13045-510](#) / Tel.: 19 3779.3300 / Fax: 3779.3321
CAMPUS CAMPINAS - CAMBUÍ - R. Cel. Silva Teles, 700 prédio C - Cambuí - CEP [13024-001](#) / Tel.: 19 3779.3370
CAMPUS ITATIBA - Av. Senador Lacerda Franco, 360 - Centro - CEP [13250-400](#) / Tel.: 11 4534.8000 / Fax: 4534.8015