



FOTO  
3 x 4

SECRETARIA DE REGISTROS ACADÊMICOS-SRA  
FICHA MÉDICA E CADASTRAL

DADOS PESSOAIS

NOME: <u>Jocanna da Conceição Silva</u>	
CURSO: <u>Nutrição</u>	TURNO: <u>Noturno</u>
FORMA E ANO DE DE INGRESSO:	
FILIAÇÃO:	
PAI: <u>Raimundo Conceição da Silva</u>	
MÃE: <u>Marilene Santos da Conceição</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua dos Banistas</u>	
BAIRRO: <u>Centro</u>	CEP: <u>45445-000</u>
CIDADE: <u>Samambaia</u>	TELEFONE:
E-MAIL:	
DATA DE NASCIMENTO: <u>12 / 04 / 2004</u>	SEXO: [ ] MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO
ESTADO: <u>Bahia</u>	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO: <u>Samambaia</u>
NACIONALIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRA [ ] ESTRANGEIRA	
COR/RAÇA: [ ] BRANCA <input checked="" type="checkbox"/> PARDA [ ] INDÍGENA [ ] PRETA [ ] AMARELA [ ] NÃO DECLARADA	
PORTADOR DE ALGUM PROBLEMA CONGÊNITO: ( ) SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL?	
ALERGIAS: ( ) SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL?	
TIPO SANGUÍNEO E FATOR RH:	
NECESSIDADE ESPECIAL: [ ] SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO [ ] VISUAL [ ] AUDITIVA [ ] FÍSICA [ ]	
OUTRAS NECESSIDADES	
EM CASO DE URGÊNCIA ENCAMINHAR PARA:	
EM CASO DE URGÊNCIA LIGAR PARA: <u>73 99807-1511</u>	
AUTORIZA QUE OUTRA PESSOA TENHA ACESSO A DOCUMENTOS E/OU INFORMAÇÕES? <input checked="" type="checkbox"/> ACADÊMICA [ ] FINANCEIRA [ ] NÃO [ ] SIM. QUEM? _____	
FINANCIAMENTO ESTUDANTIL: [ ] SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO _____ FINANCIAMENTO NÃO REEMBOLSÁVEL _____	

Prezado (a) Aluno (a),

Você está recebendo a ficha cadastral. Solicitamos-lhe o correto preenchimento desta ficha para digitação dos seus dados no sistema.

Desde já, agradecemos a sua valiosa colaboração.

Secretaria de Registros Acadêmicos

### IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo: Geovanna da Conceição Silva

Data de Nascimento: 12 / 04 / 2004 Sexo:  Masculino  Feminino

Cor/Raça:  Branca  Parda  Indígena  Preta  Amarela  Não Declarada

Nome Completo da Mãe: Marilene Santos da Conceição

Nome Completo do Pai: Raimundo Conceição da Silva

Nacionalidade:  Brasileira  Brasileira - nascido no exterior ou naturalizado  Estrangeira

País de Origem: Brasil Unidade Federativa de Nascimento: \_\_\_\_\_

Município de Nascimento: Bahia

Aluno com Deficiência:  Sim  Não

Tipos de Deficiência:  Cegueira  Surdez  Deficiência Física  Deficiência Múltipla

Baixa Visão  Deficiência Auditiva

Autoriza que outra pessoa tenha acesso a documentos e/ou informações?

ACADÊMICA  FINANCEIRA

Não

Sim. Quem? Marilene Santos da Conceição RG 14.692.856-30

### CONTATOS

Telefone Residencial: 73 98071511 Telefone Comercial: \_\_\_\_\_

Telefone Celular: 73 91016453 Telefone para Recado: \_\_\_\_\_

E-mail: conceicaogeovanna492@gmail.com

### DOCUMENTOS

RG: 22.018.312-03 Órgão Expedidor: SSP/BA

CPF: 864.471.095-83 Doc. de Estrangeiro ou Passaporte: \_\_\_\_\_

### VINCULO AO CURSO

Curso: Nutrição Ingresso (ano/semestre): 2024 1º semestre

Forma de Ingresso/Seleção:  Vestibular  ENEM  Outros Tipos de Seleção  Outras formas de Egressos

Financiamento Estudantil:  SIM  NÃO

### TIPO DE FINANCIAMENTO ESTUDANTIL REEMBOSÁVEL

FIES  Programa de Financiamento da IES  
 Programa de Financiamento do Governo Estadual  Programa de Financiamento  
 Programa de Financiamento de Entidades Externas  Outros \_\_\_\_\_

### TIPO DE FINANCIAMENTO NÃO REEMBOLSÁVEL

PROUNI Integral  Programa do Governo Municipal  
 PROUNI Parcial  Programa de Financiamento da IES  
 Programa do Governo Estadual  Programa de Financiamento de Entidades Externas  
 Outros: \_\_\_\_\_