

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: VERÔNICA DE JESUS QUEIROZ

Data de Nascimento: 19 / 11 / 1984 Sexo: Masculino Feminino Cor/Raça:

Branca Parda Indígena Preta Amarela Não Declarada

Nome Completo da Mãe: ISABEL CRISTINA DE JESUS QUEIROZ

Nome Completo do Pai: FRANCELINO COUTINHO DE QUEIROZ

Nacionalidade: Brasileira Brasileira - nascido no exterior ou naturalizado Estrangeira

País de Origem: BRASIL Unidade Federativa de Nascimento: _____

Município de Nascimento: VALEÇA

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? _____ RG _____

CONTATOS

Telefone Residencial: _____ Telefone Comercial: _____

Telefone Celular: (75) 98844 6244 Telefone para Recado: (75) 98892 4828

E-mail: VEUQUEIROZ@yahoo.com

DOCUMENTOS

RG: 082183710 Órgão Expedidor: _____

CPF: 01913187527 Doc. de Estrangeiro ou Passaporte: _____

VINCULO AO CURSO

Curso: FARMÁCIA Ingresso (ano/semestre): 2024

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: _____

GRADUAÇÃO
FICHA MÉDICA

NOME: VERÔNICA DE JESUS QUEIROZ		
CURSO: FARMÁCIA	TURNO: NOTURNO	
FILIAÇÃO:		
PAI: FRANCELINO COUTINHO DE QUEIROZ		
MÃE: ISABEL CRISTINA DE JESUS QUEIROZ		
ENDEREÇO: RUA JOSÉ MENDES		
BAIRRO: 43	CEP: 45400000	
CIDADE: VALENÇA	TELEFONE: (75) 98844 6244	
TIPO SANGUINÉO:	RH: O+	Email: VEUQUEIROZZ@YOHOO.COM
PORTADOR DE ALGUM PROBLEMA CONGÊNITO:		
() SIM (X) NÃO QUAL? _____		
ALERGIAS:		
() SIM (X) NÃO QUAL? _____		
EM CASO DE URGÊNCIA ENCAMINHAR PARA: SANTA CASA DE VALENÇA		
CONVENIO HAPUIDA		
EM CASO DE URGÊNCIA LIGAR PARA: MÃE (75) 988 18 6890		
ESPOSO (75) 988 92 4828		
OBSERVAÇÕES:		