



FOTO
3 x 4

SECRETARIA DE REGISTROS ACADÊMICOS-SRA
FICHA MÉDICA E CADASTRAL

DADOS PESSOAIS

NOME: <u>Isblene Conceição dos Reis</u>	
CURSO: <u>Estética e cosmética</u>	TURNO: <u>Noturno</u>
FORMA E ANO DE DE INGRESSO:	
FILIAÇÃO:	
PAI: <u>Edesmilton Mendes dos Reis</u>	
MÃE: <u>Elizângela Santos da Conceição</u>	
ENDEREÇO:	
<u>Rua Oswaldo Silva dos Anjos</u>	
BAIRRO: <u>Princesa 2</u>	CEP: <u>45435-000</u>
CIDADE: <u>Itubera</u>	TELEFONE:
E-MAIL: <u>isblene16reis@gmail.com</u>	
DATA DE NASCIMENTO: <u>16 / 11 / 2000</u>	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
ESTADO: <u>BAHIA</u>	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO: <u>Itubera</u>
NACIONALIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRA <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRA	
COR/RAÇA: <input checked="" type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> NÃO DECLARADA	
PORTADOR DE ALGUM PROBLEMA CONGÊNITO: () SIM (X) NÃO QUAL?	
ALERGIAS: () SIM (X) NÃO QUAL?	
TIPO SANGUÍNEO E FATOR RH:	
NECESSIDADE ESPECIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/>	
OUTRAS NECESSIDADES	
EM CASO DE URGÊNCIA ENCAMINHAR PARA: <u>SUS</u>	
EM CASO DE URGÊNCIA LIGAR PARA: <u>005 (73) 981619492 ou (73) 98193-1361</u>	
AUTORIZA QUE OUTRA PESSOA TENHA ACESSO A DOCUMENTOS E/OU INFORMAÇÕES? <input type="checkbox"/> ACADÊMICA <input type="checkbox"/> FINANCEIRA <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM. QUEM? <u>minha mãe</u>	
FINANCIAMENTO ESTUDANTIL: <input type="checkbox"/> 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: Isolane Bonaciani dos Reis

Data de Nascimento: 16/11/2000 Sexo: Masculino Feminino

Cor/Raça: Branca Parda Indígena Preta Amarela Não Declarada

Nome Completo da Mãe: Elizângela Santos da Conceição

Nome Completo do Pai: Edgenilton Mendes dos Reis

Nacionalidade: Brasileira Brasileira - nascido no exterior ou naturalizado Estrangeira

País de Origem: Brazil Unidade Federativa de Nascimento: BAHIA

Município de Nascimento: Itabuna

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? Elizângela Santos da Conceição RG _____

CONTATOS

Telefone Residencial: _____ Telefone Comercial: _____

Telefone Celular: (71) 99141-9089 Telefone para Recado: _____

E-mail: isolane16reis@gmail.com

DOCUMENTOS

RG: 169.105.17.21 Órgão Expedidor: SSP

CPF: 089.35.6165.75 Doc. de Estrangeiro ou Passaporte: _____

VINCULO AO CURSO

Curso: Estética e Cosmética Ingresso (ano/semestre): 2024/1º Sem

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

Financiamento Estudantil: SIM NÃO

TIPO DE FINANCIAMENTO ESTUDANTIL REEMBOLSÁVEL

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

PRONUN Integral Programa do Governo Municipal
 PRONUN Parcial Programa de Financiamento da IES
 Programa do Governo Estadual Programa de Financiamento de Entidades Externas
 Outros: _____