# Relatório Jasper Escolar





# ESCOLA Tempo de Aprender

#### FICHA DE MATRICULA - 2023

| Unidade Escolar:                 |          |        |        |                                      |                            |         |                      |                               |           |                |                     |                 |
|----------------------------------|----------|--------|--------|--------------------------------------|----------------------------|---------|----------------------|-------------------------------|-----------|----------------|---------------------|-----------------|
| Tempo de Aprender                |          |        |        |                                      |                            |         |                      |                               |           |                |                     |                 |
| <b>Código INEP:</b> 15697382     |          |        |        |                                      |                            |         |                      |                               |           |                |                     |                 |
| 1. Identificação do Alunc        |          |        |        |                                      |                            |         |                      |                               |           |                |                     |                 |
| Nome:                            |          |        |        |                                      |                            |         |                      |                               |           |                |                     |                 |
| CARLOS NOBRE SANTO               | S        |        |        |                                      |                            |         |                      |                               |           |                |                     |                 |
| Data de Nascimento:              |          |        |        | Sex                                  | xo:                        |         |                      |                               |           |                |                     |                 |
| 17/05/2002                       |          |        |        | Mas                                  | sculin                     | 0       |                      |                               |           |                | V                   |                 |
| NIC:<br>971811                   |          |        |        | <b>CPF</b> : 16281338057             |                            |         |                      |                               |           |                |                     |                 |
| <b>RG</b> : 214270956            |          |        |        | Orgão Expedidor:<br>7451             |                            |         |                      |                               |           |                |                     |                 |
| Data de Expedição:<br>14/05/2016 |          |        |        | Cor/Raça:<br>Branco                  |                            |         |                      | País de Nascimento:<br>Brasil |           |                |                     |                 |
| Nome do Pai:                     | Telefo   | one do | Pai:   |                                      |                            |         | ie:                  | Telefone                      |           |                | NIS:                |                 |
| Luiz Gustavo Nascimento          |          |        |        | Maria Julia N                        |                            |         | N                    | Nascimento (32) 2864-80       |           | 8010           |                     | 1247895         |
| 2. Dados de Saúde do Al          | uno      |        |        |                                      |                            |         |                      |                               |           |                |                     |                 |
| Deficiência:                     |          | Tem    | Relat  | atório?                              |                            |         | Acompanhamento Médio |                               |           | dico?          |                     | Tipo Sanguíneo: |
| Não se aplica                    |          | Sim    |        |                                      |                            |         | Sem Acompanhamento M |                               |           | Médic          | o                   | B+              |
| Doença Crônica:                  | Intolera | ncia A | Alime  | nentar: Ale                          |                            |         | rgia Medicamentos:   |                               |           | Medic          | Medicacao Contínua: |                 |
| Não se aplica                    | Sem int  | olerân | cia Al | imentar Sem Alergia à Medicamentos S |                            |         |                      | Sem I                         | Medio     | cação Contínua |                     |                 |
| 3. Dados do Responsáve           | el .     |        |        |                                      |                            |         |                      |                               |           |                |                     |                 |
| Nome:                            |          |        |        |                                      |                            | Paren   |                      |                               |           | NIC:           |                     |                 |
| Pamela Nogueira Vasquez          | <u> </u> |        |        |                                      |                            | Respo   | J .                  |                               |           |                | 971811              |                 |
| CPF:                             |          |        | RG:    |                                      |                            |         |                      |                               |           | Telefone:      |                     |                 |
| 42746016095 RG não               |          |        |        | io in                                | o informado (32) 2864-8010 |         |                      |                               |           |                | 8010                |                 |
| 4. Endereço do Aluno             |          |        |        |                                      |                            |         |                      |                               |           |                |                     |                 |
| Endereço:                        |          |        |        |                                      |                            |         | Bairro:              |                               |           |                |                     |                 |
| Avenida Manoel Trancoso          |          |        |        |                                      |                            | Canudos |                      |                               |           |                |                     |                 |
| CEP:                             |          | ין     | Núme   | ero:                                 |                            |         | Ponto de Referência: |                               |           |                |                     |                 |
| 49960-970                        |          |        | 9      |                                      |                            |         | Р                    | róx. a Caixa I                | Econômica |                |                     |                 |
| 5. Classe do Aluno               |          |        |        |                                      |                            |         |                      |                               |           |                |                     |                 |
| Série:                           |          |        |        |                                      |                            |         |                      | lível:                        |           |                |                     |                 |
| 3°                               |          |        |        |                                      |                            |         | F                    | undamental                    |           |                |                     |                 |



## ESCOLA Colégio Estadual Célia Nogueira

#### FICHA DE MATRICULA - 2023

| Unidade Escolar:<br>Colégio Estadual Célia No  | gueira                        |                    |                        |             |                        |  |                     |  |                       |  |
|--|-------------------------------|--------------------|------------------------|-------------|------------------------|--|---------------------|--|-----------------------|--|
| Código INEP:   | 9                             |                    |                        |             |                        |  |                     |  |                       |  |
| 75819641   |                               |                    |                        |             |                        |  |                     |  |                       |  |
| 1. Identificação do Alunc  | )                             |                    |                        |             |                        |  |                     |  |                       |  |
| Nome:  |                               |                    |                        |             |                        |  |                     |  |                       |  |
| ALINE BITTENCOURT SA   | ALZ                           |                    |                        |             |                        |  |                     |  |                       |  |
| Data de Nascimento:  |                               |                    |                        | :           |                        |  |                     | 1  |                       |  |
| 16/07/2016   |                               |                    |                        | nino        |                        |  |                     | _  |                       |  |
| NIC:   |                               |                    |                        |             |                        |  |                     |  |                       |  |
| 087911   |                               |                    |                        | 7287027     |                        |  |                     |  |                       |  |
| <b>RG:</b> 376235214   |                               |                    | <b>Orgac</b><br>  7988 | o Exped     | lido                   | r:   |                     |  |                       |  |
| Data de Expedição:   |                               |                    | Cor/Raça:              |             |                        |  | País de Nascimento: |  |                       |  |
| 26/05/2014   |                               |                    | Amarelo                |             |                        | <del>,</del>   |                     | Brasil   | 2.00                  |  |
| Nome do Pai:   | Nome do Pai: Telefone do Pai: |                    |                        |             | Mão                    | ăe: Telefone da                                      |                     | da Mãe:  | NIS:                  |  |
| Lucas Gabriel Freitas (22) 2100-8057   |                               |                    | Ana Carolina           |             |                        | Cunha  | (22) 2100-8057      |  | 0365301               |  |
| 2. Dados de Saúde do Al  | uno                           |                    |                        |             |                        |  |                     |  |                       |  |
| Deficiência: Tem Rela  |                               |                    |                        |             |                        |  |                     |  |                       |  |
| Deficiência:   |                               |                    | tório?                 |             |                        | Acompanha  | mento Méd           | dico?  | Tipo Sanguíneo:       |  |
| <b>Deficiência:</b><br>Não se aplica   |                               | Sim                |                        |             | 1                      | <b>Acompanha</b><br>Sim                              | mento Méd           | dico?  | Tipo Sanguíneo:<br>O+ |  |
|  |                               | Sim<br>Incia Alime |                        | l l         | ergi                   | Sim<br>ia Medicame                                   |                     |  | l '                   |  |
| Não se aplica  | Intolera<br>Lactose           | Sim<br>Incia Alime |                        | l l         |                        | Sim<br>ia Medicame                                   |                     |  | O+                    |  |
| Não se aplica  Doença Crônica:   | Lactose                       | Sim<br>Incia Alime |                        | l l         | ergi                   | Sim<br>ia Medicame                                   |                     | Medicaca                                       | O+                    |  |
| Não se aplica  Doença Crônica:  Gastrite   | Lactose                       | Sim<br>Incia Alime |                        | l l         | <b>ergi</b><br>piror   | Sim<br>ia Medicame<br>na                             |                     | Medicaca<br>Sim                                | O+                    |  |
| Não se aplica  Doença Crônica: Gastrite  3. Dados do Responsáve Nome: Pedro Paulo Santana  | Lactose                       | Sim<br>Incia Alime |                        | Dip         | <b>ergi</b><br>piror   | Sim<br>ia Medicame<br>na                             |                     | <b>Medicaca</b><br>Sim                         | O+                    |  |
| Não se aplica  Doença Crônica: Gastrite  3. Dados do Responsáve Nome:  | Lactose                       | Sim<br>Incia Alime | entar:                 | Pare<br>Pai | <b>ergi</b><br>piror   | Sim<br>ia Medicame<br>na                             |                     | Medicaca<br>Sim<br>NIC:<br>087911<br>Telefone: | O+ no Contínua:       |  |
| Não se aplica  Doença Crônica: Gastrite  3. Dados do Responsáve Nome: Pedro Paulo Santana  | Lactose                       | Sim<br>Incia Alime |                        | Pare<br>Pai | <b>ergi</b><br>piror   | Sim<br>ia Medicame<br>na                             |                     | Medicaca<br>Sim<br>NIC:<br>087911              | O+ no Contínua:       |  |
| Não se aplica  Doença Crônica: Gastrite  3. Dados do Responsáve  Nome: Pedro Paulo Santana  CPF:   | Lactose                       | Sim<br>Incia Alime | entar:                 | Pare<br>Pai | ergi<br>piror          | Sim ia Medicame na sco:                              |                     | Medicaca<br>Sim<br>NIC:<br>087911<br>Telefone: | O+ no Contínua:       |  |
| Não se aplica  Doença Crônica: Gastrite  3. Dados do Responsáve Nome: Pedro Paulo Santana  CPF: 77761997020  4. Endereço do Aluno Endereço:                                    | Lactose                       | Sim<br>Incia Alime | entar:                 | Pare<br>Pai | ergi<br>piror          | Sim<br>ia Medicame<br>na                             |                     | Medicaca<br>Sim<br>NIC:<br>087911<br>Telefone: | O+ no Contínua:       |  |
| Não se aplica  Doença Crônica: Gastrite  3. Dados do Responsáve Nome: Pedro Paulo Santana  CPF: 77761997020  4. Endereço do Aluno Endereço: Alameda das Ostras                 | Lactose                       | RG:                | entar:                 | Pare<br>Pai | Ba Ca                  | Sim ia Medicame na sco: airro: aravelas              | ntos:               | Medicaca<br>Sim<br>NIC:<br>087911<br>Telefone: | O+ no Contínua:       |  |
| Não se aplica  Doença Crônica: Gastrite  3. Dados do Responsáve Nome: Pedro Paulo Santana  CPF: 77761997020  4. Endereço do Aluno Endereço:                                    | Lactose                       | Sim<br>Incia Alime | entar:                 | Pare<br>Pai | Ba Ca                  | Sim ia Medicame na sco:                              | ntos:               | Medicaca<br>Sim<br>NIC:<br>087911<br>Telefone: | O+ no Contínua:       |  |
| Não se aplica  Doença Crônica: Gastrite  3. Dados do Responsáve Nome: Pedro Paulo Santana  CPF: 77761997020  4. Endereço do Aluno Endereço: Alameda das Ostras                 | Lactose                       | RG:                | entar:                 | Pare<br>Pai | ergi piror             | Sim ia Medicame na sco: airro: aravelas              | erência:            | Medicaca<br>Sim<br>NIC:<br>087911<br>Telefone: | O+ no Contínua:       |  |
| Não se aplica  Doença Crônica: Gastrite  3. Dados do Responsáve Nome: Pedro Paulo Santana  CPF: 77761997020  4. Endereço do Aluno Endereço: Alameda das Ostras  CEP:           | Lactose                       | RG: RG no          | entar:                 | Pare<br>Pai | ergi piror             | Sim ia Medicame na sco: airro: aravelas onto de Refe | erência:            | Medicaca<br>Sim<br>NIC:<br>087911<br>Telefone: | O+ no Contínua:       |  |
| Não se aplica  Doença Crônica: Gastrite  3. Dados do Responsáve Nome: Pedro Paulo Santana  CPF: 77761997020  4. Endereço do Aluno Endereço: Alameda das Ostras  CEP: 45066-220 | Lactose                       | RG: RG no          | entar:                 | Pare<br>Pai | ergi<br>piror<br>entes | Sim ia Medicame na sco: airro: aravelas onto de Refe | erência:            | Medicaca<br>Sim<br>NIC:<br>087911<br>Telefone: | O+ no Contínua:       |  |



## ESCOLA Colégio Estadual Célia Nogueira

#### FICHA DE MATRICULA - 2023

| Unidade Escolar:<br>Colégio Estadual Célia No  | gueira                    |                   |                    |        |                      |  |                     |   |                                 |  |
|--|---------------------------|-------------------|--------------------|--------|----------------------|--|---------------------|---|---------------------------------|--|
| Código INEP:   | <u> </u>                  |                   |                    |        |                      |  |                     |   |                                 |  |
| 75819641   |                           |                   |                    |        |                      |  |                     |   |                                 |  |
| 1. Identificação do Alunc  | )                         |                   |                    |        |                      |  |                     |   |                                 |  |
| Nome:  |                           |                   |                    |        |                      |  |                     |   |                                 |  |
| EMANUELLY DA MOTA N  | IASSIR                    |                   |                    |        |                      |  |                     | 7   |                                 |  |
| Data de Nascimento:  |                           |                   |                    | xo:    |                      |  | 7 (                 |   |                                 |  |
| 29/04/2003   |                           |                   |                    | minino |                      |  |                     | _   |                                 |  |
| NIC:   |                           |                   |                    | F:     |                      |  |                     | 1 1   |                                 |  |
| 012415   |                           |                   |                    |        | 079                  |  |                     | _ \   |                                 |  |
| <b>RG</b> : 451308311  | <b>RG:</b><br>451308311   |                   |                    |        | pedic                | lor:   |                     |   |                                 |  |
| <b>Data de Expedição:</b> 16/02/2016   |                           |                   | Cor/Raça:<br>Pardo |        |                      | País de<br>Brasil                                  | País de Nascimento: |   |                                 |  |
| Nome do Pai:   | Telefo                    | one do Pai        | ь                  | Nome   | da N                 | lãe:   | Telefone            |   | NIS:                            |  |
| Luiz Otávio Ramos  |                           |                   |                    |        |                      | Ferreira (79) 3243-95                              |                     |   | 7418743                         |  |
| 2. Dados de Saúde do Al  |                           | 2 10 0000         |                    | Widila | 711100               | Torrolla   | (10) 02 10          |   | 7 1107 10                       |  |
| Deficiência:   |                           | Tem Rela          | atóric             | ?      |                      | Acompanhamento Médico? Tipo Sanguíneo:             |                     |   |                                 |  |
| Não se aplica Sim  |                           |                   |                    |        |                      | 1  | _                   |   |                                 |  |
| Nao se aplica  |                           | Sim               |                    |        |                      | Sem Acompa   | anhamento           | Médico  | O+                              |  |
| Nao se aplica  Doença Crônica:   | Intolera                  | Sim<br>Incia Alim | entar              | ·:     | Aler                 | Sem Acompa<br>gia Medicame                         |                     |   | O+<br>no Contínua:              |  |
| ·  | <b>Intolera</b><br>Açucar |                   | entar              | ·:     |                      | · ·  | ntos:               | Medicaca  |                                 |  |
| Doença Crônica:  | Açucar                    |                   | entar              | ·:     |                      | gia Medicame                                       | ntos:               | Medicaca  | no Contínua:                    |  |
| Doença Crônica: Não se aplica 3. Dados do Responsáve Nome:   | Açucar                    |                   | entar              |        | Sem                  | gia Medicame                                       | ntos:               | Medicaca  | no Contínua:                    |  |
| Doença Crônica: Não se aplica  3. Dados do Responsáve Nome: Maria Eugênia Vilela   | Açucar                    |                   | entar              | P      | Sem                  | gia Medicame<br>n Alergia à Medi                   | ntos:               | Medicaca<br>Sem Medi                                | no Contínua:                    |  |
| Doença Crônica: Não se aplica 3. Dados do Responsáve Nome:   | Açucar                    | RG:               |                    | P      | Sem<br>Parent        | gia Medicame<br>n Alergia à Medi                   | ntos:               | Medicaca<br>Sem Medi<br>NIC:<br>012415<br>Telefone: | no Contínua:<br>icação Contínua |  |
| Doença Crônica: Não se aplica  3. Dados do Responsáve Nome: Maria Eugênia Vilela   | Açucar                    | RG:               |                    | P      | Sem<br>Parent        | gia Medicame<br>n Alergia à Medi                   | ntos:               | Medicaca<br>Sem Medi<br>NIC:<br>012415              | no Contínua:<br>icação Contínua |  |
| Doença Crônica: Não se aplica 3. Dados do Responsáve Nome: Maria Eugênia Vilela CPF:   | Açucar                    | RG:               |                    | P      | Sem<br>Parent        | gia Medicame<br>n Alergia à Medi                   | ntos:               | Medicaca<br>Sem Medi<br>NIC:<br>012415<br>Telefone: | no Contínua:<br>icação Contínua |  |
| Doença Crônica: Não se aplica  3. Dados do Responsáve Nome: Maria Eugênia Vilela CPF: 14079037058  | Açucar                    | RG:               |                    | P      | Sem<br>Parent<br>Jae | gia Medicame<br>n Alergia à Medi                   | ntos:               | Medicaca<br>Sem Medi<br>NIC:<br>012415<br>Telefone: | no Contínua:<br>icação Contínua |  |
| Doença Crônica: Não se aplica  3. Dados do Responsáve Nome: Maria Eugênia Vilela CPF: 14079037058  4. Endereço do Aluno Endereço: Avenida Santos Dumont              | Açucar                    | RG:               | ião in             | P      | Sem<br>Parent<br>Jãe | gia Medicame  Alergia à Medi  tesco:  Bairro: Caji | ntos:<br>icamentos  | Medicaca<br>Sem Medi<br>NIC:<br>012415<br>Telefone: | no Contínua:<br>icação Contínua |  |
| Doença Crônica: Não se aplica  3. Dados do Responsáve Nome: Maria Eugênia Vilela CPF: 14079037058  4. Endereço do Aluno Endereço:                                    | Açucar                    | RG:               | ião in             | P      | Sem<br>Parent<br>Jãe | gia Medicame  Alergia à Medicame  tesco:           | ntos:<br>icamentos  | Medicaca<br>Sem Medi<br>NIC:<br>012415<br>Telefone: | no Contínua:<br>icação Contínua |  |
| Doença Crônica: Não se aplica  3. Dados do Responsáve Nome: Maria Eugênia Vilela CPF: 14079037058  4. Endereço do Aluno Endereço: Avenida Santos Dumont              | Açucar                    | RG:               | aão in             | P      | Sem<br>Parent<br>Jãe | gia Medicame  Alergia à Medi  tesco:  Bairro: Caji | ntos:<br>icamentos  | Medicaca<br>Sem Medi<br>NIC:<br>012415<br>Telefone: | no Contínua:<br>icação Contínua |  |
| Doença Crônica: Não se aplica  3. Dados do Responsáve Nome: Maria Eugênia Vilela CPF: 14079037058  4. Endereço do Aluno Endereço: Avenida Santos Dumont CEP:         | Açucar                    | RG:<br>RG n       | aão in             | P      | Sem<br>Parent<br>Jãe | gia Medicame  Alergia à Medi  tesco:  Bairro: Caji | ntos:<br>icamentos  | Medicaca<br>Sem Medi<br>NIC:<br>012415<br>Telefone: | no Contínua:<br>icação Contínua |  |
| Doença Crônica: Não se aplica 3. Dados do Responsáve Nome: Maria Eugênia Vilela CPF: 14079037058 4. Endereço do Aluno Endereço: Avenida Santos Dumont CEP: 48609-470 | Açucar                    | RG:<br>RG n       | aão in             | P      | Sem<br>Tarent<br>1ãe | gia Medicame  Alergia à Medi  tesco:  Bairro: Caji | ntos:<br>icamentos  | Medicaca<br>Sem Medi<br>NIC:<br>012415<br>Telefone: | no Contínua:<br>icação Contínua |  |