



ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

HISTÓRICO ESCOLAR DO ENSINO FUNDAMENTAL

ENDEREÇO: RUA ANTÔNIO VERONICO DE LACERDA
TELEFONE - FAX: 41-3222271
MUNICÍPIO: LAPA

ALUNO: **ELIANO RYCHIA E M PROFA ED NY E FUND**
 ESTABELECEMENTO: **PROFA ED NY E FUND**
 ALUNO: **ELIANO RYCHIA E M PROFA ED NY E FUND**
 DATA DE NASCIMENTO: **22/08/1994**

ANO	PROVA	PROVA	PROVA	PROVA	PROVA
2000	10	10	10	10	10
2001	10	10	10	10	10
2002	10	10	10	10	10
2003	10	10	10	10	10
2004	10	10	10	10	10
2005	10	10	10	10	10
2006	10	10	10	10	10
2007	10	10	10	10	10

PROVA	PROVA	PROVA	PROVA	PROVA	PROVA
2008	10	10	10	10	10
2009	10	10	10	10	10
2010	10	10	10	10	10
2011	10	10	10	10	10
2012	10	10	10	10	10
2013	10	10	10	10	10
2014	10	10	10	10	10
2015	10	10	10	10	10
2016	10	10	10	10	10
2017	10	10	10	10	10
2018	10	10	10	10	10
2019	10	10	10	10	10
2020	10	10	10	10	10

PROVA	PROVA	PROVA	PROVA	PROVA	PROVA
2021	10	10	10	10	10
2022	10	10	10	10	10
2023	10	10	10	10	10
2024	10	10	10	10	10
2025	10	10	10	10	10
2026	10	10	10	10	10
2027	10	10	10	10	10
2028	10	10	10	10	10
2029	10	10	10	10	10
2030	10	10	10	10	10

Atividade de Complementação Curricular

SISTEMA DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO PARA APROVAÇÃO: EXIGE-SE MÉDIA GERAL OU SUPERIOR A 6,0 (SEIS VÍRGULA ZERO) E FREQUÊNCIA IGUAL OU SUPERIOR A 75%.	OBSERVAÇÕES
	1ª IC - PAVO 001000 - AN 22 DE LOBEN - 0394-90 - 20 - 10-00-005 2ª IC - PAVO 001000 - AN 22 DE LOBEN - 0394-90 - 20 - 10-00-005 3ª IC - PAVO 001000 - AN 22 DE LOBEN - 0394-90 - 20 - 10-00-005

CERTIFICADO

Participante: **ELIANO RYCHIA E M PROFA ED NY E FUND**
 Secretária: **VALDIR PADILHA**
 Diretora: **LELA BRANCAHON**

5149598

 *O resultado ficará disponível por 90 dias na internet.

SE PREMATURO, PEÇA O EXAME ENTRE 20 DIAS DE IDADE. LEVAR ESTE FORMULÁRIO AO POSTO DE SAÚDE PARA COLETAR ROZANTE E OUTRAS INFORMAÇÕES NO DIA DO EXAME.

- TESTE DO PEZINHO - ORÇAMENTO E DOBRO DO PEZINHO**
- É O ÚNICO VOTO ÚNICO PARA CADA CRIANÇA
 - Teste que avalia a função dos rins e a presença de infecções urinárias
 - É realizado com a urina da criança em um recipiente fornecido pelo posto de saúde
 - Agende-se pelo site de 02/01/2010 até 31/03/2010

Unidade de Saúde: Unidade de Saúde de São Carlos
 Endereço: _____ Telefone: _____
 Nº do Prontuário na Unidade de Saúde: _____
 Nº da Declaração de Nascimento: 3082813060-3
 Nº do Registro Civil de Nascimento: _____
 Nº do Cartão de SUS: 704 2037 3391 4789

Ficha 76032

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: Yuri Daniel Gomes de Souza
 Data de nascimento: 22/11/2009
 Município: São Carlos
 Nome da mãe: Elisa Patrícia de Souza
 Nome do pai: Alvilton Gonçalves Mendes
 Estado: São Paulo
 Complemento: _____
 Bairro: São Lucas
 Avião de referência: Povoação
 Cidade: Itaja Estado: PR
 Telefone: 41 996509213 Celular: 41 999334550

AGENCIAMENTO EMPRESARIAL

 Serviços de consultoria e implementação de sistemas de gestão empresarial.

 399	 399
 399	 399
 399	 399