

# LISTA ESTUDANTES CONVOCADOS

## CAMPUS MATA DE SÃO JOÃO

**(29 DE JUNHO A 05 DE JULHO DE 2026)**

NOME COMPLETO ESTUDANTE	ESCOLA REPRESENTADA
<b>CAMAÇARI</b>	
Gabrielly Oliveira Dos Santos	CE Barra do Pojuca
Hugo Luís Ferreira Conceição	CE Barra do Pojuca
Kezia Torres Mendes	CE Barra do Pojuca
Aysha Soares Franco	CE Darcy Ribeiro
Elloa Almeida Silva	CE Darcy Ribeiro
Luan Costa De Jesus	CE Darcy Ribeiro
Nicolas Cavalcante Dos Santos	CE Darcy Ribeiro
Sophia Anjos Nascimento	CE Darcy Ribeiro
Isabelly Souza Silva	CE Maria Quitéria
Reynan Da Silva Gomes De Santana	CE Maria Quitéria
Rhanna Clarice Barbosa Santos	CE Maria Quitéria
Ana Beatriz Bacelar Silva	CE Municipal de Camaçari
Milena Gabriele Dos Santos Celestino	CE Municipal de Camaçari
Tiffany Suellem Ribeiro Da Silva	CE Municipal de Camaçari
Yasmin Silva Da Paz	CE Municipal de Camaçari
Alyce Barbosa Da Silva	CE Paulo Freire
Ana Clara Santana dos Santos	CE Paulo Freire
Ester Monique Santos Ferreira	CE Paulo Freire
Maria Eduarda Borges Dos Santos	CE Paulo Freire
Tiffany Santos De Souza	CE Paulo Freire
Ellen Beatriz Mendes Dos Santos	CE Reitor Edgard Santos
Luciana Ferreira De Souza	CE Reitor Edgard Santos
Maria De Lourdes Silva	CE Reitor Edgard Santos
Layla Mariana Nascimento Da Hora	CE Tancredo Neves
Helena Tavares De Souza	EM Amélia Rodrigues
Larissa Da Conceição Santos	EM Amélia Rodrigues
Ian Rodrigues Da Silva	EM Cleusa Maria Carvalho Moreira
Priscila Bispo Da Silva	EM Cleusa Maria Carvalho Moreira
Deivid Eduardo Silva Freitas	EM Cosme de Farias
Emilly Santana Da Silva	EM Cosme de Farias
Yasmin Ribeiro Alves	EM Cosme de Farias
Milene Nicacio De Oliveira	EM Denise Tavares
Talita Vitoria Souza Pires	EM Denise Tavares
Gracielle De Sousa Pereira	EM Eustáquio Alves de Santana
Islan Santos Souza	EM Eustáquio Alves de Santana
Larissa Cosma Dos Santos Reis	EM Eustáquio Alves de Santana
Vinicius De Sá Aragão	EM Eustáquio Alves de Santana
Elisa Raiane Martins Batista	EM Laurita Souza Ribeiro
Luna Vitória Miranda Santana	EM Profa. Lídia Coelho Pinto
Micaelle Ramos Alves	EM Profa. Lídia Coelho Pinto

# TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE



Eu, \_\_\_\_\_, na qualidade de responsável legal, declaro que o(a) menor abaixo qualificado(a), apresenta plena saúde, não tendo quaisquer condições físicas e/ou emocionais impeditivas, e autorizo e responsabilizo-me integralmente por sua participação na etapa 2 – Campus do Projeto Cultural “Era uma vez... Brasil”, que será realizada no período de **29 de junho a 05 de julho de 2026, na Escola Municipal Angelina Rodrigues, localizado na Praia do Forte – Mata de São João**, realizada por ORIGEM PROMOÇÃO DE EVENTOS LTDA, inscrita no C.N.P.J./M.F. sob o n.º 08.846.097/0001-60, isentando a Promotora de quaisquer responsabilidades vinculadas a essa atividade. Certifico também estar ciente de que será de responsabilidade do(a) menor portar consigo os seguintes **itens pessoais: itens de uso individual, colchão/colchonete de solteiro, lençol, cobertor, travesseiro, toalha de banho e produtos de higiene pessoal**. Autorizo a divulgação de imagens e vídeos do(a) adolescente em quaisquer veículos, impressos ou digitais, referentes à sua participação neste Projeto, bem como, a cessão dos direitos autorais referentes a criações, produções artísticas, redações, desenhos, textos, vídeos ou quaisquer manifestações culturais realizadas pelo(a) menor durante o Projeto, para fins de divulgação, veiculação em quaisquer mídias e utilização em materiais institucionais, sem limite de tempo ou território, de forma gratuita, em caráter irrevogável e irretratável. Concordo, ainda, por meio de manifestação livre, informada e inequívoca, com o tratamento dos seus dados pessoais para finalidade específica em conformidade a Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

## Nome da Escola:

### DADOS PESSOAIS DO ESTUDANTE

NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
NOME SOCIAL:	SEXO: ( ) M ( ) F
TAMANHO UNIFORME: P ( ) M ( ) G ( ) GG ( )	

### DADOS DO(A) RESPONSÁVEL

NOME:	ESTADO CÍVIL:
RG:	VÍNCULO: ( ) MÃE ( ) PAI ( ) OUTRO: _____
TELEFONE:	

### EM CASO DE EMERGÊNCIA AVISAR:

GRAU:	NOME:	TELEFONES:
GRAU:	NOME:	TELEFONES:

### ENDEREÇO RESIDENCIAL

AV/RUA:	Nº	BAIRRO:
CEP:	CIDADE:	ESTADO:

COMPLEMENTO/REFERÊNCIA:

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

POSSUI ALERGIA ALGUM ALIMENTO:

POSSUI ALERGIA ALGUM MEDICAMENTO:

FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO DIÁRIA? SE SIM, QUAL?

#### MEDICAÇÃO DIÁRIA

REMÉDIO	DOSAGEM	FREQUÊNCIA	HORÁRIO	OUTRAS OBSERVAÇÕES: Ex: Dosagem máxima, efeitos colaterais, se em jejum:
			:	
			:	
			:	
			:	

POSSUI ALGUMA RESTRIÇÃO DE ATIVIDADE?	POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA? SE SIM, QUAL?
---------------------------------------	--

Você necessita de algum apoio, recurso de acessibilidade ou adaptação para participar desta atividade? Se sim, qual(is)?

POSSUI ALGUMA DOENÇA CRÔNICA? SE SIM, QUAL?

EM RELAÇÃO A ALIMENTAÇÃO: ( ) VEGETARIANO ( ) VEGANO ( ) NENHUMA RESTRIÇÃO

DATA:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: