

Requerimento de Matrícula

Dados Pessoais

Nome: _____

Nome Social: _____

Gênero: _____ Estado Civil:

Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado (a)	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>

Data de Nascimento: _____

CPF: _____

ID: _____

Órgão Expedidor: _____

Naturalidade: _____ UF: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone 1: _____ Telefone 2 - Celular: _____

E-mail: _____

Dados para matrícula

Unidade: _____

Curso: _____

Modalidade	Bacharelado	<input type="checkbox"/>	Turno:	Manhã	<input type="checkbox"/>
	Licenciatura	<input type="checkbox"/>		Tarde	<input type="checkbox"/>
	Tecnológico	<input type="checkbox"/>		Noite	<input type="checkbox"/>
	ABI	<input type="checkbox"/>		Integral	<input type="checkbox"/>

Forma de Ingresso:	SISU	<input type="checkbox"/>
	Vestibular	<input type="checkbox"/>
	Reopção	<input type="checkbox"/>
	Transferência	<input type="checkbox"/>
	Obtenção de Novo Título	<input type="checkbox"/>

Categoria de Ingresso - Procan / Ações Afirmativas

Ampla Concorrência	<input type="checkbox"/>
Categoria I - Declarados negros, de baixa renda egressos de escola pública	<input type="checkbox"/>
Categoria II - Declarados quilombolas, de baixa renda egressos de escola pública	<input type="checkbox"/>
Categoria III - Declarados indígenas, de baixa renda egressos de escola pública	<input type="checkbox"/>
Categoria IV - Declarados ciganos, de baixa renda egressos de escola pública	<input type="checkbox"/>
Categoria V - Baixa renda egressos de escola pública	<input type="checkbox"/>
Categoria VI - Pessoas com deficiência	<input type="checkbox"/>
Critério da Inclusão Regional	<input type="checkbox"/>

Necessidades Especiais:	Não Possui Deficiência	<input type="checkbox"/>	Origem do Ensino Médio	Público	<input type="checkbox"/>
	Cegueira	<input type="checkbox"/>		Privado	<input type="checkbox"/>
	Baixa Visão	<input type="checkbox"/>	Cor/Raça	Branca	<input type="checkbox"/>
	Surdez	<input type="checkbox"/>		Preta	<input type="checkbox"/>
	Auditiva	<input type="checkbox"/>		Parda	<input type="checkbox"/>
	Física	<input type="checkbox"/>		Amarela	<input type="checkbox"/>
	Surdo - Cegueira	<input type="checkbox"/>		Indígena	<input type="checkbox"/>
	Deficiência Múltipla	<input type="checkbox"/>		Não declarado	<input type="checkbox"/>
	Deficiência Mental	<input type="checkbox"/>		Guarda Religiosa	Sim
Outros	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		

Vínculo Acadêmico: Declaro, ainda, não estar matriculado(a) em nenhuma Instituição de Ensino Superior Pública nem estar matriculado(a) em Instituição de Ensino Superior particular por meio do PROUNI, em atendimento à Lei Federal n.º 12.089/2009.

_____, _____ de _____ de 2025

Assinatura do (a) estudante