

### 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"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Tecnológico	<input type="checkbox"/>
ABI	<input type="checkbox"/>

 Turno: 

Manhã	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>
Noite	<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"/>

<b>Necessidades Especiais:</b>	Não Possui Deficiência	<input type="checkbox"/>	<b>Origem do Ensino Médio</b>	Público	<input type="checkbox"/>
	Cegueira	<input type="checkbox"/>		Privado	<input type="checkbox"/>
	Baixa Visão	<input type="checkbox"/>	<b>Cor/Raça</b>	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"/>		Índigena	<input type="checkbox"/>
	Deficiência Múltipla	<input type="checkbox"/>		Não declarado	<input type="checkbox"/>
	Deficiência Mental	<input type="checkbox"/>		<b>Guarda Religiosa</b>	Sim
Outros	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

Assinatura do (a) estudante