

### 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"/>

Necessidades Especiais:

Não Possui Deficiência	<input type="checkbox"/>
Cegueira	<input type="checkbox"/>
Baixa Visão	<input type="checkbox"/>
Surdez	<input type="checkbox"/>
Auditiva	<input type="checkbox"/>
Física	<input type="checkbox"/>
Surdo - Cegueira	<input type="checkbox"/>
Deficiência Múltipla	<input type="checkbox"/>
Deficiência Mental	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>

Origem do  
Ensino Médio

Público	<input type="checkbox"/>
Privado	<input type="checkbox"/>

Cor/Raça

Branca	<input type="checkbox"/>
Preta	<input type="checkbox"/>
Parda	<input type="checkbox"/>
Amarela	<input type="checkbox"/>
Indígena	<input type="checkbox"/>
Não declarado	<input type="checkbox"/>

Guarda  
Religiosa

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

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

Assinatura do (a) estudante