



Ministério da Educação
Instituto Federal do Espírito Santo
Campus Cariacica

ANEXO 2 - REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

(Preencher sem abreviaturas com os dados do estudante)

À Coordenadoria de Registros Acadêmicos:

Nome civil:		CPF:	
Venho requerer matrícula para o Curso:		Turno: Noturno	
Nome social:		Data de Nasc.:	
Endereço:	Nº:	Complemento:	
Bairro:	CEP:	Procedência: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
Cidade:	Estado:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Etnia: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Outra:			
Número pessoas que residem na mesma casa, incluindo o estudante:		Com quem reside: <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Outros. Especificar:	
Nacionalidade (país que nasceu):	Estado Civil:	Nº de filhos:	
Tipo Sanguíneo:	Naturalidade (cidade que nasceu):		
Celular do estudante:	Celular emergência:		
Grau de instrução:	Profissão:		
Indique, qual a faixa da renda familiar per capita (renda total da família dividida pelo número de pessoas dessa família) em salários-mínimos: <input type="checkbox"/> 0<RFP<=0,5 <input type="checkbox"/> 0,5<RFP<=1 <input type="checkbox"/> 1,0<RFP<=1,5 <input type="checkbox"/> 1,5<RFP<=2,5 <input type="checkbox"/> 2,5<RFP<=3,5 <input type="checkbox"/> RFP>3,5			
E-mail:			
Necessidades específicas: <input type="checkbox"/> Deficiência Visual – Cegueira ou Baixa Visão ou Visão Monocular* <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva – Surdez ou Baixa Audição* <input type="checkbox"/> Transtornos Globais do Desenvolvimento* <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência Múltipla <input type="checkbox"/> Altas habilidades/ Superdotação. *Especificar:			
Tipo de vaga concorrida: <input type="checkbox"/> AA1 PPI <input type="checkbox"/> AA1 OE <input type="checkbox"/> AA2 PPI <input type="checkbox"/> AA2 OE <input type="checkbox"/> PcD <input type="checkbox"/> AC			
Nome do Pai:	Tel.:	Profissão:	
Grau da Instrução:	E-mail do pai:		
Nome da Mãe:	Tel.:	Profissão:	
Grau da Instrução:	E-mail da mãe:		
Responsável pelo estudante: Grau de parentesco:			
Endereço, se diferente do estudante:			

A confirmação da matrícula está condicionada a análise e aprovação da documentação comprobatória, prevista no item 2.0 da Chamada para matrícula do Edital PS 96/23.

Local e data:

Assinatura do estudante, se maior, ou responsável legal – aceita assinatura digital disponível em gov.br