



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, em salários mínimos (renda total da família dividida pelo número de pessoas dessa família):			
<input type="checkbox"/> 0<RFP<=0,5sm <input type="checkbox"/> 0,5<RFP<=1sm <input type="checkbox"/> 1,0<RFP<=1,5sm <input type="checkbox"/> 1,5<RFP<=2,5sm <input type="checkbox"/> 2,5<RFP<=3,5sm <input type="checkbox"/> RFP>3,5sm			
E-mail do estudante - Preencher com letra de forma:			
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:			
Vaga da classificação: AA1PPI <input type="checkbox"/> AA1Q <input type="checkbox"/> AA1PCD <input type="checkbox"/> AA1EP <input type="checkbox"/> AA2PPI <input type="checkbox"/> AA2Q <input type="checkbox"/> AA2PcD <input type="checkbox"/> AA2EP <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/>			
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 do processo seletivo.

Local e Data:		Assinatura do estudante maior ou seu responsável. Permite assinatura eletrônica (gov.br) ou conforme o documento de identificação apresentado. Não aceita assinatura digitalizada.
---------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------