

# FORMULÁRIO DE MATRÍCULA (Ampla Concorrência)

Foto 3x4 recente (com nome no verso)	<b>Edital n.º 20, de 24 de maio de 2021</b>	Matrícula	
	Classificação: ----		
	Lista de Classificação: <b>Ampla Concorrência</b>		
	Ocupou vaga distinta da indicada acima? ( X ) Não ( ) Sim. Qual?		
	Curso:		

## IDENTIFICAÇÃO

Nome (completo e sem abreviações):		
Mãe:		
Pai:		
Responsável legal (Quando não são os pais):		
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino	Data de nascimento: ___/___/_____	Nacionalidade:
Raça/Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela ( ) Prefiro não declarar		
Se imigrante, você está em situação de refugiado? ( ) Sim   ( ) Não		
Quanto Tempo está no Brasil?		É filho de imigrantes? ( ) Sim   ( ) Não
Pertence e/ou integra grupo/ comunidade tradicional de quilombolas? ( ) Sim   ( ) Não		
Renda bruta familiar mensal média: R\$		Número de moradores na casa:

## DOCUMENTAÇÃO

Identificação: ( ) RG   ( ) RNE	Número:	Data de expedição: ___/___/_____
Órgão Emissor/UF:	Naturalidade:	Estado Civil:
		Carteira Reservista:

Caso o candidato não apresente o comprovante de quitação do Título de Eleitor, o servidor deverá preencher a tabela abaixo após consulta *online* na base de dados do órgão ou entidade responsável pelo documento, conforme art. 2º do Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017. Não sendo possível a emissão do documento, o candidato fará declaração nos termos do § 2º do art. 3º da Lei 13.726, de 8 de outubro de 2018 para posterior consulta pela instituição.

Título de Eleitor nº:	UF:
( ) Comprovante apresentado.	
( ) Não tem Título de Eleitor	
( ) <b>NÃO ESTÁ</b> quite com a justiça eleitoral na data da matrícula.	
( ) <b>ESTÁ</b> quite com a justiça eleitoral em ___/___/_____.	

Assinatura

## ENDEREÇO E CONTATO

Endereço:									
Complemento:					Bairro:			Nº	
CEP:		Zona: ( ) Urbana   ( ) Rural			Cidade:			Estado:	
Celular 1: ( )				Celular 2: ( )			Telefone: ( )		
E-mail do estudante:									
E-mail dos pais ou responsável legal:									
Celular dos pais ou responsável legal: Celular 1: ( ) _____ Celular 2: ( ) _____									

## SAÚDE

Possui convênio médico? ( ) Não ( ) Sim Qual?
---

Número da Carteirinha do Convênio:		Validade: ___/___/_____	
Número do Cartão do SUS:			
Peso: _____ Kg	Altura: _____ m	Tipagem Sanguínea:	
Assinale com um X nas condições que alguma vez tenha apresentado ou que apresente com frequência:			
<input type="checkbox"/> Alergia: A que? _____ <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enxaqueca <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Hemofilia (ou dificuldade de cicatrização) <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Doença Renal (ou pedra nos rins) <input type="checkbox"/> Perda da consciência <input type="checkbox"/> Sangramento no nariz <input type="checkbox"/> Hipertensão (pressão alta) <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Outras: _____			
No caso de estar <b>em tratamento</b> para alguma doença relate nos espaços abaixo e a medicação em uso:			
Doença	Remédio	Frequência de uso	Uso crônico (contínuo)
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Destes medicamentos, deverá fazer uso de alguma medicação durante o período das aulas? Se sim, quais?			
_____			
Em caso de emergência, entrar em contato com: _____ tel.: (    ) _____			
_____ tel.: (    ) _____			
Deseja acrescentar outra informação sobre sua saúde ou alguma orientação caso necessite de atendimento médico?			
_____			
Apresenta algum tipo de deficiência, transtorno do espectro autista ou altas habilidades/superdotação?			
<input type="checkbox"/> Não   <input type="checkbox"/> Sim. Qual?			
Se sim, assinale abaixo quais recursos julga necessários.			
<input type="checkbox"/> Auxílio Ledor	<input type="checkbox"/> Leitura Labial	<input type="checkbox"/> Outro	
<input type="checkbox"/> Auxílio Transcrição	<input type="checkbox"/> Prova em Braille		
<input type="checkbox"/> Intérprete de Libras	<input type="checkbox"/> Guia Intérprete		

### ACESSO A INTERNET

<b>Possui computador (desktop, notebook, netbook) na residência?</b>		
<input type="checkbox"/> Sim, de uso individual	<input type="checkbox"/> Sim, de uso compartilhado com outras pessoas na residência	<input type="checkbox"/> Não
<b>Possui celular?</b>		
<input type="checkbox"/> Sim, de uso individual	<input type="checkbox"/> Sim, de uso compartilhado com outras pessoas na residência	<input type="checkbox"/> Não
<b>Possui tablet?</b>		
<input type="checkbox"/> Sim, de uso individual	<input type="checkbox"/> Sim, de uso compartilhado com outras pessoas na residência	<input type="checkbox"/> Não
<b>Possui conexão à internet na residência?</b>		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<b>Possui plano de internet móvel (3G/4G) no celular ou tablet?</b>		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

