



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
GABINETE DO REITOR

Avenida Fernando Machado, 108-E, Centro, Chapecó-SC, CEP 89802-112, 49 2049-3700  
gabinete@uffrs.edu.br, www.uffrs.edu.br

**ANEXO I**

**DADOS CADASTRAIS PARA REGISTRO DE MATRÍCULA**

Forma de Ingresso:	<input type="checkbox"/> Processo seletivo (Enem)	<input type="checkbox"/> Retorno de aluno-abandono
	<input type="checkbox"/> Processo Seletivo Simplificado	<input type="checkbox"/> Retorno de graduado
	<input type="checkbox"/> Transferência externa	<input type="checkbox"/> <i>Ex officio</i>
	<input type="checkbox"/> Transferência interna	<input type="checkbox"/> <i>Outros:</i> _____

Curso\*: \_\_\_\_\_ Campus\*: \_\_\_\_\_ Turno\*: \_\_\_\_\_

**1 Identificação**

Nome completo*:		
Nome social:	Data de nascimento*: / /	
Sexo* <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Raça/cor*:	Tipo sanguíneo:
Cidade de nascimento*:		UF Nascimento*:
Nacionalidade*:	País de nascimento*:	
Nome da mãe*:		
Nome do pai:		
Necessidade especial*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, qual*:		
<input type="checkbox"/> Altas habilidades <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Autismo infantil <input type="checkbox"/> Baixa visão <input type="checkbox"/> Cegueira <input type="checkbox"/> Condutas típicas		
<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Múltipla <input type="checkbox"/> Outras necessidades <input type="checkbox"/> Síndrome de asperger		
<input type="checkbox"/> Síndrome de Rett <input type="checkbox"/> Surdez <input type="checkbox"/> Surdocegueira <input type="checkbox"/> Transtorno desintegrativo da infância		

**2 Documentos**

CPF*:	Passaporte:		
Identidade*:	Órgão Emissor*:	UF Identidade*:	Data de expedição*:

**3 Endereço**

Logradouro*:		Nº.*	Compl.:
Bairro*:		Cidade*:	UF*:
CEP*:	Telefone fixo: ( )		Telefone celular: ( )
Telefone comercial: ( )	E-mail*:		Contato de urgência*( )

**4 Ensino Médio**

Escola de conclusão do Ensino Médio*:		
Cidade de conclusão do Ensino Médio*:		UF*:
Mês de conclusão*:	Ano de Conclusão*:	
Conclusão integral do Ensino Médio em Escola Pública: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Autoriza o recebimento de mensagens eletrônicas sobre eventos e convites institucionais* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

\* Dados de preenchimento obrigatório.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_.

Nome:	Responsável Legal:
RG:	RG:
CPF:	CPF: