



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: