



Requerimento de Matrícula (Aluno Especial)

1. Dados Pessoais

Nome Oficial <input type="text"/>		
Nome Social <input type="text"/>		
CPF <input type="text"/>	RG <input type="text"/>	
Órgão Emissor <input type="text"/>	U.F. <input type="text"/>	Data de Emissão <input type="text"/>
Nascido(a) em <input type="text"/>	Naturalidade <input type="text"/>	U.F. <input type="text"/>
Nacionalidade <input type="text"/>	Estado Civil <input type="text"/>	N.º de Filhos <input type="text"/>
Título de Eleitor <input type="text"/>	Zona <input type="text"/>	Seção <input type="text"/>
Profissão <input type="text"/>		
Local de Trabalho/Cidade <input type="text"/>		
Endereço residencial <input type="text"/>		N.º <input type="text"/>
Bairro <input type="text"/>	Cidade <input type="text"/>	U.F. <input type="text"/>
CEP <input type="text"/>	Telefone residencial <input type="text"/>	
Celular com DDD (preferência <i>WhatsApp</i>) <input type="text"/>		
E-mail pessoal <input type="text"/>		



Nome da escola de conclusão do ensino médio <input type="text"/>	
Cidade <input type="text"/>	U.F. <input type="text"/>
Ano de conclusão do ensino médio <input type="text"/>	Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>
Gênero	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Em caso de urgência avisar <input type="text"/>	Telefone <input type="text"/>

2. Saúde

Raça/Cor	Tipo/Fator sanguíneo
Problemas de Saúde (p.e. diabetes, doenças cardíacas, alergias, acompanhamento psicólogo e/ou psiquiátrico, outros)	
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Qual?	<input type="text"/>
Obs.: Em caso de existência da documentação comprobatória do problema de saúde, o estudante/acadêmico ou seu responsável legal, se responsabiliza pela entrega da cópia destes documentos, em meio físico (uma via na Secretaria e uma via no NAPNE (Núcleo de Atendimento de Pessoas com Necessidades Específicas), no prazo de 15 dias a contar da data de matrícula.	
Pessoa com Deficiência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Necessidades Específicas	
Baixa visão <input type="checkbox"/> Cegueira <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Surdez <input type="checkbox"/> Surdo/cegueira <input type="checkbox"/>	
Deficiência física <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência múltipla <input type="checkbox"/>	
Utiliza óculos, mas não precisa atendimento específico <input type="checkbox"/>	
Transtorno Global do Desenvolvimento	



Autismo <input type="checkbox"/> Síndrome de Rett <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger <input type="checkbox"/>
Transtorno desintegrativo da infância <input type="checkbox"/> TDA – Transtorno de déficit de atenção <input type="checkbox"/>
TDAH – Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade <input type="checkbox"/>
Outras síndromes <input type="checkbox"/> Qual? <input type="text"/>
Altas Habilidades/Superdotação <input type="checkbox"/>

3. Informações Gerais

Edital do Processo de Seleção <input type="text"/>
Disciplina escolhida <input type="text"/>
Professor da disciplina <input type="text"/>
Graduado(a) no curso de <input type="text"/>
Instituição da graduação <input type="text"/>
Cidade <input type="text"/> U.F. <input type="text"/> Ano de conclusão <input type="text"/>
Rede Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>
Transporte escolar Público <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não utiliza <input type="checkbox"/>
Área de Procedência Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
Como obteve informação sobre o curso? Folders <input type="checkbox"/> Site institucional <input type="checkbox"/>
Mídia social (Facebook etc.) <input type="checkbox"/> Mídias impressas (jornal, revista etc.) <input type="checkbox"/>
Indicação <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>



4. Autorização de uso de imagem

AUTORIZO o uso de imagem em todo e qualquer material entre fotos e documentos, para ser utilizada em campanhas promocionais e institucional pelo Instituto Federal Catarinense, para serem essas destinadas à divulgação ao público em geral. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: (I) *outdoor*; (II) *bus-door*; folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo, etc.); (III) folder de apresentação; (IV) anúncios em revistas e jornais em geral; (V) *homepage*; (VI) cartazes; (VII) *backlight*; (VIII) mídia eletrônica (painéis, vídeo-tapes, televisão, cinema, programa para rádio, entre outros).

5. Responsabilidade por danos materiais

PELO PRESENTE TERMO, declaro assumir total responsabilidade por qualquer dano que eu, , discente do Instituto Federal Catarinense, vier a causar ao patrimônio da instituição por dolo ou culpa, devendo reparar financeiramente, tão logo forem feitas as apurações necessárias.

6. Questionário Socioeconômico

Quantidade de pessoas na família que moram na mesma casa

Renda Familiar Per Capita (RFP)

RFP < 0,5 SM 0,5 SM < RFP < 1,0 SM 1,0 SM < RFP < 1,5 SM

1,5 SM < RFP < 2,0 SM 2,0 SM < RFP < 2,5 SM 2,5 S < RFP < 3,0 SM

RFP > 3,0 SM

*Para calcular a RFP (Renda Familiar Per Capita) mensal:

1 – Veja quanto cada pessoa da família residente em sua casa recebe de salário por mês. Se a família tiver outros rendimentos que não o salário (aposentadoria, pensão, recebimento de aluguéis etc.), esses devem ser computados na renda familiar;

2 – Some todos os valores;



Ministério da Educação
Instituto Federal Catarinense *Campus Araquari*

- 3 – Divida o resultado pelo número total de familiares, incluindo até mesmo os que não têm renda, desde que morem em sua casa;
- 4 – O valor obtido será o RFP mensal.

Obs.: O envio do e-mail será considerado como assinatura eletrônica deste documento.