



Ministério da Educação  
Instituto Federal Catarinense Campus Araquari

## **Requerimento de Matrícula (Aluno Regular)**

### **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="checkbox"/>
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 WhatsApp) <input type="text"/>			
E-mail pessoal	<input type="text"/>		



Ministério da Educação  
Instituto Federal Catarinense Campus Araquari

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

## 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

Curso da matrícula: <input type="text"/>
Edital da Seleção: <input type="text"/>
Orientador: <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,   
[REDACTED], 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.