

<b>FORMULÁRIO DE MATRÍCULA (Edital de Transferência)</b>			
<b>Edital nº 656, de 29 de novembro de 2022</b>		Matrícula: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Classificação:	<input type="text"/>		
Lista de Classificação: <b>Ampla Concorrência</b>			
Ocupou vaga distinta da indicada acima? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? <input type="text"/>			
Curso: <input type="text"/>			
IDENTIFICAÇÃO			
Nome (completo e sem abreviações): <input type="text"/>			
Mãe:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>
Pai:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>
Responsável legal (Quando não são os pais):	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data de nascimento:	<input type="text"/>	Nacionalidade: <input type="text"/>
Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Prefiro não declarar			
Se imigrante, você está em situação de refugiado? <input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não			
Quanto Tempo está no Brasil?	<input type="text"/>	É filho de imigrantes?	<input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não
Pertence e/ou integra grupo/ comunidade tradicional de quilombolas? <input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não			
Renda bruta familiar mensal média: R\$	<input type="text"/>	Número de moradores na casa:	<input type="text"/>
DOCUMENTAÇÃO			
Identificação: <input type="checkbox"/> RG   <input type="checkbox"/> RNE	Número: <input type="text"/>	Data de expedição:	<input type="text"/>
Órgão Emissor/UF:	<input type="text"/>	Naturalidade:	<input type="text"/>
		Estado Civil:	<input type="text"/>
		Carteira Reservista:	<input type="text"/>
<p><b>Caso o candidato não apresente os comprovantes de regularidade do CPF e Título de Eleitor, o servidor deverá preencher a tabela abaixo após consulta <i>online</i> 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.</b></p>			
CPF nº:	<input type="text"/>	Título: nº	<input type="text"/>
		UF:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Comprovante apresentado. <input type="checkbox"/> CPF <b>NÃO</b> regular na data da matrícula. <input type="checkbox"/> CPF regular na data de <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Comprovante apresentado. <input type="checkbox"/> Não tem Título de Eleitor <input type="checkbox"/> <b>NÃO ESTÁ</b> quite com a justiça eleitoral na data da matrícula. <input type="checkbox"/> <b>ESTÁ</b> quite com a justiça eleitoral em <input type="text"/>	
_____ Assinatura		_____ Assinatura	
ENDERECO E CONTATO			
Endereço: <input type="text"/>			
Complemento:	<input type="text"/>	Bairro:	<input type="text"/>
		Nº	<input type="text"/>
CEP:	<input type="text"/>	Zona: <input type="checkbox"/> Urbana   <input type="checkbox"/> Rural	Cidade: <input type="text"/>
			Estado: <input type="text"/>
Celular 1:	<input type="text"/>	Celular 2:	<input type="text"/>
		Telefone:	<input type="text"/>
E-mail do estudante: <input type="text"/>			
E-mail dos pais ou responsável legal: <input type="text"/>			
Celular dos pais ou responsável legal: Celular 1: <input type="text"/> Celular 2: <input type="text"/>			

**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"/> Doença Renal (ou pedra nos rins)           | <input type="checkbox"/> Asma      | <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Convulsão |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia (ou dificuldade de cicatrização) | <input type="checkbox"/> Desmaio   | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enxaqueca |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão (pressão alta)                 | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Depressão |
| <input type="checkbox"/> Perda da consciência                       | <input type="checkbox"/> Bronquite | <input type="checkbox"/> Vômitos  | <input type="checkbox"/> Náuseas   |
| <input type="checkbox"/> Sangramento no nariz                       | <input type="checkbox"/> Diarreia  | <input type="checkbox"/> Gastrite |                                    |

 Outras: \_\_\_\_\_ Alergia: A que? \_\_\_\_\_No caso de estar **em tratamento** 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

Deverá fazer uso de alguma medicação durante o período das aulas? Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Em caso de emergência, entrar em contato com: \_\_\_\_\_ 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?  
 Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Se sim, assinale abaixo quais recursos julga necessários.

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Auxílio Ledor       | <input type="checkbox"/> Leitura Labial   | <input type="checkbox"/> Intérprete de Libras | <input type="checkbox"/> Guia Intérprete |
| <input type="checkbox"/> Auxílio Transcrição | <input type="checkbox"/> Prova em Braille | <input type="checkbox"/> Outro _____          |  |

**ESCOLARIDADE – Ensino Fundamental**

Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_

Certificação do Ensino Fundamental por meio de Exame Específico:  
 ENCCEJA  Outro (Descrever) \_\_\_\_\_**ESCOLARIDADE – Ensino Médio**

Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_

Certificação do Ensino Médio por meio de Exame Específico:  
 ENCCEJA  Outro (Descrever) \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÕES GERAIS

1. **DECLARO** ter ciência das principais regras referentes à utilização da biblioteca, estabelecidas no Regulamento de Uso das Bibliotecas (Portaria 1.612/2019) e descritas abaixo, e de que posso acessar o Regulamento completo no site da biblioteca do câmpus. Com anuência a referida declaração, comprometo-me a informar alterações dos meus dados cadastrais semestralmente ou quando ocorrerem.

- os materiais podem ser retirados pelos alunos mediante a apresentação de carteirinha estudantil ou documento oficial com foto;
- as quantidades de obras disponíveis para empréstimo e os prazos de devolução serão determinados pela biblioteca do câmpus;
- o não cumprimento dos prazos por parte dos usuários inscritos na biblioteca implica na suspensão do direito de novos empréstimos e renovações por período determinado;
- o usuário é responsável pelo material que estiver em sua posse, comprometendo-se em devolvê-lo no mesmo estado em que o recebeu.
- em caso de extravio ou danos, a biblioteca deve ser imediatamente comunicada, e o usuário deve repor a obra extraviada ou danificada.

2. **DECLARO**, para fins de cumprimento da Lei nº 12.089 de 11/11/2009, que **não estou matriculado simultaneamente, em mais de um curso de nível superior em nenhuma Instituição Pública de Ensino Superior em todo o Território Nacional.**

3. **DECLARO**, para fins de cumprimento do Decreto nº 5.493 de 18/07/2005(art.2º,§3º), que **não sou bolsista do PROUNI.**

4. **DECLARO** estar ciente e de acordo com o artigo 75, § 1º, da Organização Didática do Ensino Superior, que dispõe: **O cancelamento de matrícula compulsório poderá ser feito por iniciativa da instituição, por questões disciplinares, por evasão, por não efetuar a rematrícula dentro do prazo estipulado, por não comparecimento nos 10 primeiros dias letivos (quando ingressante), ou por não integralização do curso no prazo máximo previsto.**

## AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

Pelo presente instrumento, o Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de São Paulo Câmpus Dcti cp+c'Rcwkluc, poderá divulgar, utilizar e dispor na íntegra "qw"go "r ct vgu."r ctc"qf qu"qu"hp"ecd"x gku."lpenukxg"r ctc"hp"lpukwewkqpkc."educativos, informativos, técnicos e culturais, o meu "pqo g."o kpj c"lo ci go "tqvi tchc"g"x"fgq+"g"uqo "f g"xqj . "ugo "s wg"kuq"lo r rls wg"go "p wu para esta instituição.

Autorizo

Não autorizo

## TERMO DE REMATRÍCULA ONLINE PARA ESTUDANTE MENOR DE 18 ANOS

Estou ciente do processo de Rematrícula de forma online, que será realizado antes do início de cada período letivo, por meio do sistema acadêmico SUAP e como responsável legal, por meio desse termo:

**AUTORIZO** o(a) aluno(a) a realizar a sua rematrícula, utilizando o seu usuário e senha no sistema SUAP, e estou ciente que poderei realizar o acompanhamento dos registros acadêmicos através do mesmo sistema, empregando a chave de acesso, que consta no boletim impresso do discente.

**NÃO AUTORIZO** o(a) aluno(a) a realizar a sua rematrícula, utilizando o seu usuário e senha no sistema SUAP, e estou ciente que terei que comparecer presencialmente ao câmpus em cada período de rematrícula, conforme calendário acadêmico, para realizar o procedimento de rematrícula.

Estando de acordo com o Regimento Interno desta Instituição e de seus anexos, vem respeitosamente requerer ao Sr. Diretor-geral do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo – IFSP – Câmpus Bragança Paulista, a matrícula neste Curso.

Nestes termos pede deferimento,

Dcti cp+c'Rcwkluc, [ ] de [ ] de [ ] .

"

.....

.....Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal

### \*Código Penal – FALSIDADE IDEOLÓGICA

*Art. 299: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:*

*Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.*

Fluxo administrativo/educacional: (Uso Exclusivo da Instituição)

Coordenadoria de Registros Acadêmicos:	Data:	Visto do servidor
Dados atualizados no SUAP.		
Matriculado(a) no SISTEC.		
Matriculado(a) no SEB.		
Encaminhado(a) ao NAPNE.		