

|      |   |  |
|------|---|--|
| Foto | UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS<br>PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO  |  |
|      | Avenida NS15, Quadra 109 Norte   Plano Diretor Norte<br>Sala 213, Bloco IV, Reitoria, Câmpus de Palmas  77001-090 Palmas/TO<br>(63) 3229-4032   www.uft.edu.br/prograd   dirca@uft.edu.br |  |

Nº Matrícula:

### FICHA CADASTRAL DO ALUNO

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome:

|                        |           |                          |                 |                          |      |     |     |                          |
|------------------------|-----------|--------------------------|-----------------|--------------------------|------|-----|-----|--------------------------|
| Estado Civil:<br>Sexo: | Casado(a) | <input type="checkbox"/> | Solteiro(a)     | <input type="checkbox"/> | Sexo | M   | F   | <input type="checkbox"/> |
| Naturalidade           | UF        | Nacionalidade            | Data Nascimento |                          |      | Dia | Mês | Ano                      |
|                        |           |                          |                 |                          |      | /   | /   |                          |

#### FILIAÇÃO

Nome do Pai : \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe : \_\_\_\_\_

#### RESIDÊNCIA

End. (Rua, Av. etc) \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

#### DOCUMENTOS PESSOAIS

RG: \_\_\_\_\_ Org. Exp.: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Data Exp.: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Título de Eleitor: \_\_\_\_\_

Cor/Raça  Parda  Preta  Branca  Amarela  Indígena

Se Indígena ou Quilombola, informar ainda:

Indígena- Nome da Etnia/Comunidade: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Quilombola- Nome do Quilombo: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

#### DEFICIÊNCIA

|             |                          |                 |  |
|-------------|--------------------------|-----------------|--|
| Deficiência | <input type="checkbox"/> | Sem Deficiência | (Caso declare possuir algum tipo de deficiência, deverá ser preenchido do formulário complementar para descrição da deficiência) |
|             | <input type="checkbox"/> | Com Deficiência |  |

#### INSTITUIÇÃO ONDE CONCLUIU O ENSINO MÉDIO:

Tipo de Instituição:  Pública  Privada  Nome: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

(Para uso exclusivo da UFT)

|                   |                                     |                               |  |  |                                      |                                |
|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--|--|--------------------------------------|--------------------------------|
| Forma de ingresso | <input type="checkbox"/> Vestibular | <input type="checkbox"/> SISU | <input type="checkbox"/> Extravestibular | <input type="checkbox"/> Transferência | <input type="checkbox"/> Intercâmbio | <input type="checkbox"/> PEC-G |
|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--|--|--------------------------------------|--------------------------------|

#### SOLICITAÇÃO DE MATRÍCULA

Solicito Matrícula no Curso de: \_\_\_\_\_

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas e aceitar todas as normas regimentais da UFT.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

#### COMPROVANTE DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA MATRÍCULA

Nome do Aluno: \_\_\_\_\_ Campus: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

Assinatura do(a) Secretário(a) Acadêmico

Assinatura do(a) Candidato(a) Aprovado(a)/Procurador(a)