



Ministério da Educação
Instituto Federal do Espírito Santo
Campus Colatina

ANEXO 2 - REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

(Preencher sem abreviaturas com os dados do estudante)

À Coordenadoria de Registros Acadêmicos:

Nome civil:		CPF:																																									
Venho requerer matrícula para o Curso:		Turno:																																									
Nome social:		Data de Nasc.: ____ / ____ / ____																																									
Endereço:		Nº:	Complemento:																																								
Bairro:	CEP:	Procedência: () Urbana () Rural																																									
Cidade:	Estado:	Sexo: () M () F																																									
Etnia: () Branca () Amarela () Parda () Indígena () Preta () Outra:																																											
Número candidatos que residem na mesma casa, incluindo o estudante:		Com quem reside: () Pais () Pai () Mãe () Cônjuge () Outros. Especificar:																																									
Nacionalidade (país que nasceu):		Estado Civil:	Nº de filhos:																																								
Tipo Sanguíneo:		Naturalidade (cidade que nasceu):																																									
Celular do estudante:		Celular para emergência:																																									
Grau de instrução:		Profissão:																																									
Indique qual a faixa da renda familiar per capita (renda total da família dividida pelo número de candidatos dessa família): () 0<RFP<=0,5 SM () 0,5<RFP<=1 SM () 1,0<RFP<=1,5 SM () 1,5<RFP<=2,5 SM () 2,5<RFP<=3,5 SM () RFP>3,5 SM																																											
<table border="1"><tr><td>E-mail</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				E-mail																																							
E-mail																																											
Necessidades específicas: () Deficiência Visual – Cegueira ou Baixa Visão ou Visão Monocular* () Deficiência Auditiva – Surdez ou Baixa Audição* () Transtornos Globais do Desenvolvimento* () Deficiência Física () Deficiência Intelectual () Deficiência Múltipla () Altas habilidades/ Superdotação. *Especificar:																																											
Tipo de vaga: AA1PPI() AA1Q() AA1PCD() AA1EP() AA2PPI() AA2Q() AA2Pcd() AA2 EP() AC()																																											
Nome do Pai:		Tel.:	Profissão:																																								
Grau da Instrução:		E-mail do pai:																																									
Nome da Mãe:		Tel.:	Profissão:																																								
Grau da Instrução:		E-mail da mãe:																																									
Responsável pelo estudante:		Grau de parentesco:																																									
Endereço, se diferente do estudante:																																											

A confirmação da matrícula está condicionada a análise e aprovação da documentação comprobatória, prevista no item 2.0 da Chamada para matrícula do Edital PS 164/2025.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do estudante, se maior, ou responsável

Permite assinatura eletrônica (gov.br) ou conforme o documento de identificação apresentado. Não aceita assinatura digitalizada.