



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
DO NORTE DE MINAS GERAIS – IFNMG  
CENTRO DE REFERÊNCIA EM FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - CEAD

### REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Aluno: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº do Cartão Nacional do SUS: \_\_\_\_\_

Filiação: (Pai) \_\_\_\_\_

(Mãe) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Localização/Zona de Residência: ( ) Urbana ( ) Rural

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail (Letra legível): \_\_\_\_\_

Utiliza Transporte Escolar Público? ( ) Não ( ) Sim Qual? ( ) Micro-ônibus ( ) Ônibus ( ) Vans

Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Divorciado ( ) União Estável

Cor/Raça: ( ) Amarela ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Parda ( ) Preta ( ) Não Declarada

Forma de Ingresso:

( ) Ampla Concorrência ( ) VVRI ( ) VVRS ( ) VVRI-PPI ( ) VVRS-PPI

( ) Ampla Concorrência-PcD ( ) VVRI-PcD ( ) VVRS-PcD ( ) VVRI-PPI-PcD ( ) VVRS-PPI-PcD,

**Venho requerer matrícula no Curso Técnico em Serviços Jurídicos, ofertado pelo CEAD na modalidade Educação a Distância, no 1º semestre de 2020.**

Neste termos pede deferimento.

Montes Claros/MG, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno (maior de idade) ou Pais/Responsável Legal

-----  
**Comprovante de entrega de documentos para matrícula**

Montes Claros/MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno (maior de idade) ou Pais/Responsável Legal

*Obs. A efetivação da matrícula depende da análise dos documentos apresentados, conforme cronograma do edital do certame. Orientações para o início do curso serão divulgadas no portal do IFNMG, qual seja: [www.ifnmg.edu.br/cead](http://www.ifnmg.edu.br/cead).*

IFNMG – Centro de Referência em Formação e Educação a Distância – CEAD.

Rua Santa Terezinha, 45 – Bairro: Cidade Nova – Montes Claros/MG. CEP: 39400-468. Telefone: (38) 3218-7351. [www.ifnmg.edu.br/cead](http://www.ifnmg.edu.br/cead)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
DO NORTE DE MINAS GERAIS – IFNMG  
CENTRO DE REFERÊNCIA EM FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - CEAD

## TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

Declaro estar ciente de que ao efetivar minha matrícula no curso Técnico em Serviços Jurídicos, do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais – CEAD, estou assumindo responsabilidade pela indenização total ou parcial de danos causados por mim ao patrimônio deste estabelecimento. Comprometo-me a participar das atividades programadas pelo IFNMG – CEAD, bem como declaro aceitar e cumprir as suas normas regimentais, demais decisões dos Conselhos e dispositivos legais.

---

**Assinatura do Aluno(a) (maior de idade) ou Pais/Responsável Legal**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
DO NORTE DE MINAS GERAIS – IFNMG  
CENTRO DE REFERÊNCIA EM FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - CEAD

## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_, declaro, para a fins de matrícula no Curso Técnico em  
Serviços Jurídicos do IFNMG – CEAD, que não sou matriculado(a) em outro curso técnico  
por meio da Bolsa-Formação Estudante, excetuando-se os Cursos de Extensão e de  
Formação Inicial e Continuada (FIC) de trabalhadores pelo IFNMG e nem em outra  
Instituição Pública de ensino em todo o território nacional.

**As informações aqui declaradas, quando falsas ou inverídicas implicará no cancelamento da matrícula em qualquer época, em ambos os cursos em que o aluno(a) estiver matriculado(a).**

Por ser verdade, firmo o presente.

Montes Claros/MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Aluno(a)

---

Assinatura dos Pais/Responsável Legal



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
DO NORTE DE MINAS GERAIS – IFNMG  
CENTRO DE REFERÊNCIA EM FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - CEAD

**FICHA DE SAÚDE**

<b>I – Identificação do Aluno</b>	
Nome: _____	
Curso: Técnico em Serviços Jurídicos Modalidade: Concomitante/subsequente	
Nome do Pai: _____	Telefone: ( ) _____
Nome da Mãe: _____	Telefone: ( ) _____
Responsável _____	Parentesco: _____ Telefone: ( ) _____
Possui plano de saúde: ( ) Sim. Qual: _____ ( ) Não	
Peso: _____	Altura: _____ Grupo sanguíneo: _____
Em caso de emergência informar: Pessoa: _____ Telefone( ) _____ Pessoa: _____ Telefone( ) _____	
<b>II – Dados do Calendário Vacinal</b> ( ) Atualizado ( ) Atrasado ( ) Sem Informação	
<b>III – Dados sobre acadêmico/aluno</b>	
Sente com frequência náuseas, diarreia, obstipação intestinal? ( ) Sim. Qual? _____ ( ) Não	
Sente com frequência dor de cabeça, dor de ouvido, cólica? ( ) Sim. Qual? _____ ( ) Não	
Já contraiu alguma dessas doenças? ( ) Catapora ( ) Meningite ( ) Hepatite ( ) Dengue ( ) Pneumonia ( ) Bronquite ( ) Rinite ( ) Caxumba ( ) Sarampo ( ) Rubéola ( ) Difteria ( ) Outras: _____	
Possui algum tipo de alergia? ( ) Sim. Qual? _____ ( ) Não	
Tem ou teve bronquite, asma ou pressão alta/baixa? ( ) Sim. Qual? _____ ( ) Não	
Tem dificuldade de: ( ) Enxergar ( ) Falar ( ) Ouvir ( ) Movimentar os braços e pernas ? Qual _____	
Teve ou tem algum problema de coração? ( ) Sim. Qual? _____ ( ) Não Faz acompanhamento desse problema cardiovascular? ( ) Sim. Onde? _____ ( ) Não	
Toma medicação controlada? ( ) Sim. Qual? _____ (anexar cópia da receita) ( ) Não	
Tem alergia a algum medicamento? ( ) Sim. Qual? _____ ( ) Não	
Tem alguma deficiência? ( ) Sim. Qual? _____ ( ) Não	
Alguma prótese? ( ) Sim. Qual? _____ ( ) Não	
Tem ou teve desmaio ou convulsões? ( ) Sim. Quando? _____ ( ) não Faz acompanhamento desse problema? ( ) Sim. Onde? _____ ( ) não	
Tem diabetes? ( ) Sim. Se sim, faz tratamento? ( ) Sim ( ) Não. ( ) Não	
Faz algum tratamento especializado? ( ) Psicólogo ( ) Fonoaudiólogo ( ) Terapia Ocupacional ( ) Fisioterapia	
Outras observações: _____	

Montes Claros/MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura do aluno maior de 18 anos

Assinatura dos pais/

IFNMG – Centro de Referência em Formação e Educação a Distância – CEAD.

Rua Santa Terezinha, 45 – Bairro: Cidade Nova – Montes Claros/MG. CEP: 39400-468. Telefone: (38) 3218-7351. [www.ifnmg.edu.br/cead](http://www.ifnmg.edu.br/cead)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
DO NORTE DE MINAS GERAIS – IFNMG  
CENTRO DE REFERÊNCIA EM FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - CEAD

## COMPROMISSO DA FAMÍLIA

(Quando o aluno for menor de idade)

Comprometo-me a acompanhar a vida escolar de \_\_\_\_\_ na qualidade de (grau de parentesco) \_\_\_\_\_ participando das reuniões programadas, visitando o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Norte de Minas Gerais – CEAD periodicamente e, quando não for possível a presença pessoal, fazendo contato telefônico, assim como, autorizando a Instituição a comunicar-se, por telefonema a cobrar, qualquer ocorrência que mereça destaque.

Montes Claros/MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal

Telefone de contato do Responsável: ( ) \_\_\_\_\_