



1. CURSO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Classificação:

3. Total de Pontos:

4. DADOS PESSOAIS

NOME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FILIAÇÃO:

PAI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MÃE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. NASCIMENTO

DATA

--	--	--	--	--	--

CIDADE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

UF

--	--

6. RAÇA/COR

NÃO DECLARADA		
BRANCA		
PRETA		
PARDA		
AMARELA		
INDÍGENA		

7. EST. CIVIL

SOLTEIRO		
CASADO		
SEP. JUDICIAL		
DIVORCIADO		

8. SEXO

MASCULINO		
FEMININO		

10. MODALIDADE DE COTA PARA O QUAL FOI CONVOCADO:

C1	C2	C3	C4	C5	C6
C7	C8	C9	C10	C11	C12

9. TIPO DE INGRESSO

AMPLA CONCORRÊNCIA		
COTAS (PREENCHER CAMPO 10)		

11. RG

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA

--	--	--	--	--	--

ÓRG. EXP.

--	--

UF

--	--

12. CPF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. TÍTULO DE ELEITOR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ZONA

--	--

13. CERT. MILITAR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSM

--	--

SEÇÃO

--	--	--

DATA

--	--	--	--	--	--

15. ENDEREÇO

RUA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nº

--	--	--	--

BAIRRO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CIDADE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

UF

--	--

CEP

--	--	--	--	--	--

TELEFONE RESIDENCIAL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELEFONE CELULAR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

16. CONCLUSÃO DO ENSINO MÉDIO

ESCOLA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CIDADE ONDE CONCLUIU O ENSINO MÉDIO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

UF

--	--

ANO DE CONCLUSÃO

--	--	--	--

17. NECESSIDADES ESPECIAIS

É PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS?

SIM		
NÃO		

EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE NO QUADRO AO LADO.

SURDES		
CEGUEIRA		
BAIXA VISÃO		

BAIXA AUDIÇÃO		
DEFICIÊNCIA MENTAL		
AUTISMO		

DEFICIÊNCIA FÍSICA		
SÍNDROME DE DOWN		
OUTRAS (Discrimine abaixo)		

OBSERVAÇÕES:

Declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Porto Velho, ____ de _____ de _____.

Assinatura (Idêntica ao RG)