



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Rodovia CE-377, Km 2 - Bairro Distrito Jubaia - CEP 62700-000 - Canindé - CE - www.ifce.edu.br
EDITAL Nº 2/2025 DG-CAN/CANINDE-IFCE - ANEXO III

ANEXO

Processo: 23263.003429/2024-49

Interessado: Comissão de Processo Seletivo - Campus Canindé



INSTITUTO FEDERAL
Ceará

CAMPUS

DIRETORIA DE ENSINO - DIREN
COORDENADORIA DE CONTROLE ACADÊMICO - CCA

FICHA DE PRÉ-MATRÍCULA

OBSERVAÇÃO: PREENCHA TODOS OS CAMPOS

FOTO

3 x 4

CURSO / FORMA DE OFERTA

FORMA DE INGRESSO

MODALIDADE DE CONCORRÊNCIA

 AMPLA CONCORRÊNCIA COTA NÃO SE APLICA

DADOS PESSOAIS

NOME:

NOME SOCIAL:

NASCIMENTO:

ENDEREÇO:

Nº:

COMPLEMENTO:

CIDADE:

BAIRRO:

CEP:

SEXO: E-MAIL:

TELEFONE COMERCIAL:

TELEFONE RESIDENCIAL:

TELEFONE CELULAR:

NACIONALIDADE:

ESTADO CIVIL:

No. DE FILHOS:

PROFISSÃO:

NATURALIDADE:

RAÇA/COR:

GRAU DE INSTRUÇÃO:

ESCOLA ONDE CONCLUIU O ENSINO MÉDIO

ANO DE CONCLUSÃO:

ESCOLA ONDE CONCLUIU A GRADUAÇÃO:

ANO DE CONCLUSÃO:

NOME DO CURSO DA GRADUAÇÃO:

TIPO DE ESCOLA DE ORIGEM:

 PÚBLICA PRIVADA

NECESSIDADE ESPECIAL:

FÍSICA

VISUAL

AUDITIVA

MENTAL

MÚLTIPLA

SUPERDOTAÇÃO

CONDUTAS TÍPICAS

OUTRAS

DOCUMENTAÇÃO

CPF:

No. CIA:

No. IDENTIDADE

ESTADO

ÓRGÃO EXPEDIDOR

DATA

No. TÍTULO ELEITORAL

ZONA ELEITORAL

SEÇÃO ELEITORAL

DATA

No. RESERVISTA

REGIÃO MILITAR

C.S.M.

ESTADO

ANO

DADOS DA FAMÍLIA

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

GRAU DE INSTRUÇÃO DO PAI

GRAU DE INSTRUÇÃO DA MÃE

ESTADO CIVIL DOS PAIS

PAI FALECIDO

MÃE FALECIDA

ENDEREÇO

No.

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

CEP

E-mail DOS PAIS

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE COMERCIAL

TELEFONE CELULAR:

RENDA FAMILIAR PER CAPITA

 RPC <= 0,5 SM 1 SM < RPC <= 1,5 SM 2,5 SM < RPC <= 3 SM

Nº DE PESSOAS NA FAMÍLIA

COM QUEM RESIDE

 0,5 SM < RPC <= 1 SM 1,5 SM < RPC <= 2,5 SM RPC > 3 SM

* SM : Salário Mínimo

* RPC : Renda Per Capta

/ /
DATA

ASSINATURA DO ALUNO

ASSINATURA DO PAI OU RESPONSÁVEL



INSTITUTO FEDERAL
Ceará

DIRETORIA DE ENSINO - DIREN
COORDENADORIA DE CONTROLE ACADÊMICO - CCA
COMPROVANTE DE PRÉ-MATRÍCULA

SEMESTRE ____ ANO ____

NOME DO ALUNO

/ /
DATA DA MATRÍCULA

CURSO / MODALIDADE

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL (CCA/IFCE)

A CONFIRMAÇÃO DE MATRÍCULA deverá ser realizada, impreterivelmente, entre o primeiro dia de aula, ____ / ____ / ____ e o dia ____ / ____ / ____.



Documento assinado eletronicamente por **Katiane Sampaio de Sousa**,
Diretor(a) Geral Substituto(a) do Campus Canindé, em 22/01/2025, às 19:58,
com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida no site
https://sei.ifce.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código
verificador **6968132** e o código CRC **6F6CDA89**.

23263.003429/2024-49

6968132v21