



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

PROCESSO SELETIVO SISURE - OCUPAÇÃO DE VAGAS REMANESCENTES PARA ADMISSÃO DE GRADUADOS(AS) E TRANSFERIDOS DE OUTRAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES) NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS – INGRESSO 2024.2

EDITAL PROGRAD Nº 19/2024, DE 21 DE OUTUBRO DE 2024

1ª CHAMADA

Ficha de Pré-matrícula

|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| NOME DO(A) CANDIDATO(A):                            |   |                          |
| NOME SOCIAL:  |   |                          |
| NACIONALIDADE:                                      | <input type="radio"/> Brasileiro(a) <input type="radio"/> Estrangeiro(a)  |                          |
| CURSO:  |   |                          |
| FONE:   |   |                          |
| E-MAIL:   |   |                          |
| MODALIDADE:   | <input type="radio"/> Transferidos <input type="radio"/> Graduados  |                          |
| RAÇA/COR:   | <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Não quis declarar |                          |
| TIPO DE ESCOLA:<br>(Em que concluiu o ensino médio) | <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada   | Ano de Conclusão:<br>[ ] |
| NOME DA ESCOLA:                                     | [ ]   |                          |

Documentos Originais

- Formulários de Pré-Matrícula (ficha de matrícula/pesquisa e termo de ciência)  
 Documentação Básica (indicada em edital)

Pesquisa Censo

Candidato(a) com deficiência, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação:  Sim  Não

Em caso de resposta afirmativa, marque abaixo o tipo de deficiência:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cegueira                       | <input type="checkbox"/> Intelectual                           |
| <input type="checkbox"/> Visão subnormal ou baixa visão | <input type="checkbox"/> Autismo                               |
| <input type="checkbox"/> Surdez                         | <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger                  |
| <input type="checkbox"/> Auditiva                       | <input type="checkbox"/> Síndrome de RETT                      |
| <input type="checkbox"/> Física                         | <input type="checkbox"/> Transtorno desintegrativo da infância |
| <input type="checkbox"/> Surdocegueira                  | <input type="checkbox"/> Altas habilidades/ superdotação       |
| <input type="checkbox"/> Múltipla                       | <input type="checkbox"/> Outros: [ ]                           |

Bahia  Ceará Data (dd/mm/aaaa): [ ]

**Estou ciente, conforme art. 2º da lei nº 12.089/2009, que é vedada a mim a vinculação com mais de uma Instituição Pública de Ensino Superior simultaneamente.**

Assinatura manuscrita do(a) Candidato(a) ou do(a) Responsável (caso Candidato(a) seja menor de 18 anos)