



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

PROCESSO SELETIVO DE REOPÇÃO E READMISSÃO (MUDANÇA INTERNA DE CURSO E RETORNO) - SEMESTRE 2024.1

EDITAL PROGRAD Nº 09/2024, DE 17 DE JUNHO DE 2024

CHAMADA ÚNICA

Ficha de Pré-matrícula

NOME DO(A) CANDIDATO(A):	<input type="text"/>		
NOME SOCIAL:	<input type="text"/>		
NACIONALIDADE:	<input type="radio"/> Brasileiro(a) <input type="radio"/> Estrangeiro(a)		
CURSO:	<input type="text"/>		
FONE:	<input type="text"/>		
E-MAIL:	<input type="text"/>		
MODALIDADE:	<input type="radio"/> Mudança de Curso (Reopção) <input type="radio"/> Readmissão		
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: (Em que concluiu o ensino médio)	<input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada	Ano de Conclusão:	<input type="text"/>
NOME DA ESCOLA:	<input type="text"/>		

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: <input type="text"/> |

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.

Estou ciente de que, ao confirmar matrícula na coordenação do curso para o qual fiz reopção, minha matrícula no curso anterior será cancelada.

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