

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DA ESCS, INTEGRADA À UnDF
SISU/MEC – EDIÇÃO DE 2025
ANEXO VIII



Governo do Distrito Federal
Universidade do Distrito Federal
Escola Superior de Ciências da Saúde



Lei Complementar de Criação da UnDF nº 987, de 26/07/2021, DODF nº 140, de 27/07/2021

Decreto de Integração ESCS/UnDF 43321 de 16/05/2022 DODF 91 de 17/05/2022.

Reconhecimento do Curso de Graduação em Medicina - Portaria-SEEDF nº 1.500, de 22/11/2024, DODF nº 224, de 25/11/2024, pág. 26.

Reconhecimento do Curso de Graduação em Enfermagem - Portaria-SEEDF nº 1.501, de 22/11/2024, DODF nº 224, de 25/11/2024, pág. 26.

REQUERIMENTO DE REGISTRO / MATRÍCULA

Curso:

	Forma de Ingresso				Matrícula	
	SISU ☐ Sistema de Cotas		Transferência ☐ <i>EX Officio</i>			
	Modalidade ☐ Ampla Concorrência		☐ Facultativa			
	Raça/Cor-Portaria Normativa nº 21, de 28/08/2013				Gênero ☐ F ☐ M	
	☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Não declarada					
	Nome					
Naturalidade			Estado	Data de Nascimento	Nacionalidade	
Endereço					CEP	
Bairro			Cidade		Estado	

Identidade		Órgão Expedidor		Estado	Data de Expedição	CPF
Título de Eleitor	Zona	Seção	Estado	Data de Expedição	Estado Civil	
Reservista	Telefone Residencial		Telefone Celular		E-mail:	

FORMAÇÃO ANTERIOR

Nome da Escola			☐ Pública ☐ Particular	
País	Cidade		Estado	Ano de Conclusão

FILIAÇÃO

Pai		Mãe	
Telefone		Telefone	
Profissão	Grau de Instrução	Profissão	Grau de Instrução
Endereço do Responsável		Cidade	Estado CEP

DOCUMENTOS ANEXADOS

Fotocópia ☐ Carteira de Identidade ☐ CPF ☐ Título de Eleitor ☐ Certificação de Conclusão do Ensino Médio	☐ Histórico Escolar do Ensino Médio ☐ Histórico Escolar do Ensino Fundamental ☐ Certificado de Reservista ☐ Três fotos 3X4 – escrever o nome no verso
---	--

A Secretária de Assuntos Acadêmicos,

Venho requerer o registro e matrícula no Curso de Graduação em _____, ciente de que este será analisado e julgado posteriormente, comprometendo-me a observar as normas e disposições contidas no Regimento da Escola Superior de Ciências da Saúde.

Assumo total responsabilidade pela autenticidade dos documentos anexos, sabedor que a sua não autenticidade ou validade terá como consequência o indeferimento deste registro/matricula.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinaturado(a) requerente/Representante Legal

Secretaria de Cursos

Secretaria de Assuntos Acadêmicos

☐ Defiro

☐ Indefero

Data

Assinatura/Carimbo

Data

Assinatura/Carimbo