



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CNPJ 10.838.653/0001-06

Campus Viana

Rodovia BR-262, km 12, Universal, CEP 29135-000, Viana – ES

Eu:		Data de Nasc.: __/__/	
Nome social:		Naturalidade:	
Cor/raça: () Amarela () Branca () Indígena () Parda () Preta		Nacionalidade:	
Endereço:	Nº:	Complemento:	
Bairro:		CEP:	
Cidade/Estado:	Procedência: () Urbana () Rural	Sexo: () M () F	
Com quem reside: () Pais () Pai () Mãe () Cônjuge () Outros, especificar:			
CPF:	Celular:	Telefone fixo:	Grau de Instrução:
Profissão: é aluno trabalhador?	Estado Civil:	N.º de filhos:	Tipo Sanguíneo:
Renda per capita familiar (renda total da família dividida pelo nº de pessoas dessa família): () 0 < RFP <= 0,5 / () 0,5 < RFP <= 1 / () 1 , 0 < R F P < = 1 , 5 / () 1 ,5 < RFP <= 2,5 / () 2,5 < RFP <= 3,5 / () RFP > 3,5			
E-mail do aluno:			
Nome da mãe:		Tel.:	
Nome do pai:		Tel.:	
E-mail da mãe:	E-mail do pai:		
Responsável pelo aluno:		Grau de parentesco:	
E-mail do responsável:		CPF:	
Endereço, se diferente do aluno:	Nº:	Complemento:	
Bairro:	CEP:	Procedência: () Urbana () Rural	
Cidade:	Estado:	Tel.:	
Aluno beneficiário do Programa Bolsa Família: () Sim () Não			
Necessidades específicas: () Deficiência Visual - Cegueira ou Baixa Visão* () Deficiência Auditiva - Surdez ou Baixa Audição* () Deficiência Física () Deficiência Intelectual () Deficiência Múltipla () Transtornos Globais do Desenvolvimento* () Altas habilidades/ Super dotação.* E s p e c i f i c a r :			
_____, _____ de _____ de 2026			
Assinatura do(a) Aluno(a), se maior, ou responsável			