

ANEXO C

**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COLÉGIO MILITAR DE MANAUS
FICHA DE MATRÍCULA - 2023**

**FAVOR
PREENCHER
COM LETRA LEGÍVEL**

1. DADOS DO ALUNO

Nome: _____
Nome de Guerra: 1ª Opção _____ 2ª Opção _____
Data do nascimento: ____/____/____ Local de nascimento: _____ UF: ____
A matrícula no CMM foi mediante: Amparo TRFCM TRFEAD Concurso
Nome do colégio de origem: _____
Cidade do colégio de origem: _____ UF: ____ E-Mail do colégio: _____
Colégio onde concluiu o Ens. Fund. _____ UF: ____
Telefone residencial: _____ Telefones para contato: _____ - _____
Idt. nº _____ Órgão Expedidor: _____ UF: ____ Data Expedição: ____/____/____
Tipo Sangue/ RH: _____ Raça / Cor: _____ CPF: _____
E-mail do aluno: _____ Órfão (se for o caso) de: Pai; Mãe;
Religião: _____
Endereço: _____ Nº _____
Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: ____ CEP: _____
Ano de ingresso no SCMB: _____ no ano/série: _____ no Colégio Militar de(o) : _____

2. DADOS DO PAI (Responsável pelo amparo para ingresso no CMM?) Sim; Não

CPF: _____
Nome: _____
Telefone residencial: _____ Telefones para contato: _____ - _____
Força Armada/Aux: _____ Religião: _____ Estado civil: _____
Profissão/Função: _____
Idt. nº _____ Órgão Expedidor: _____ UF: ____ Data Expedição: ____/____/____
Data do nascimento: ____/____/____ Local de nascimento: _____ UF: ____
Endereço: _____ Nro _____
Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: ____ CEP: _____
Local de trabalho: _____
Endereço Comercial: _____
Telefone Comercial: _____
Tipo Sangue/ RH: _____ E-mail do pai: _____
Militar (posto/graduação): _____ Nome de Guerra: _____ Arma/Sv/Quadro/Esp: _____

Rubrica: Responsável ou seu Procurador

3. DADOS DA MÃE (Responsável pelo amparo para ingresso no CMM?) Sim; Não

CPF: _____

Nome: _____

Telefone residencial: _____ Telefones para contato: _____ - _____

Força Armada/Aux: _____ Religião: _____ Estado civil: _____

Profissão/Função: _____

Idt. nº _____ Órgão Expedidor: _____ UF: _____ Data Expedição: ____/____/____

Data do nascimento: ____/____/____ Local de nascimento: _____ UF: _____

Endereço: _____ Nº _____

Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Local de trabalho: _____

Endereço Comercial: _____

Telefone Comercial: _____

Tipo Sangue/ RH: _____ E-mail da mãe: _____

Militar (posto/graduação): _____ Nome de Guerra: _____ Arma/Sv/Quadro/Esp: _____

(SOMENTE PREENCHER SE O RESPONSÁVEL NÃO FOR O PAI OU A MÃE)

POSSUI TERMO DE GUARDA? NÃO; SIM; (SE SIM, ANEXAR A CÓPIA DO TERMO DE GUARDA)

4. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO AMPARO PARA INGRESSO NO CMM

CPF: _____

Nome: _____

Telefone residencial: _____ Telefones para contato: _____ - _____

Força Armada/Aux: _____ Religião: _____ Estado civil: _____

Profissão/Função: _____

Idt. nº _____ Órgão Expedidor: _____ UF: _____ Data Expedição: ____/____/____

Data do nascimento: ____/____/____ Local de nascimento: _____ UF: _____

Parentesco: _____

Endereço: _____ Nº _____

Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Local de trabalho: _____

Endereço Comercial: _____

Telefone Comercial: _____

Tipo Sangue/ RH: _____ E-mail do Responsável: _____

Militar (posto/graduação): _____ Nome de Guerra: _____ Arma/Sv/Quadro/Esp: _____

Assinatura do(a) requerente: Responsável ou seu Procurador