



Govorno do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência, Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará
Comissão Executiva do Vestibular – CEV



Cole, neste espaço, a fotocópia de sua carteira de identidade na mesma posição indicada no Modelo Fictício abaixo:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL 0000000000000	DATA DE EXPEDIÇÃO 00/00/000		
NOME SILVA DA SILVA SILVA			
FILIAÇÃO SILVEIRA DA SILVA SILVA e MARIA DA SILVA SILVA			
NATURALIDADE ARAQUARI-MP	DATA DE NASCIMENTO 00/00/0000		
Cert Nasc. 00000000 L W 000 Y			
CPF 000000000-00			
ASSINATURA DO DIRETOR		x <i>Silva da Silva Silva</i>	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		CARTEIRA DE IDENTIDADE	

Assinatura igual à do documento de Identidade acima	Assinatura atual

MODELO 4: PEDIDO DE ALTERAÇÃO DE DADOS DO REQUERIMENTO ELETRÔNICO DE INSCRIÇÃO

- 1- Preencher este formulário para fazer as alterações indicadas no item 7, abaixo.
- 2- Escanear e **enviar para o e-mail vestibular@uece.br** até a data que consta do Cronograma de Eventos ou entregar no Protocolo Geral da FUNECE, no Campus do Itaperi, Av. Dr. Silas Munguba, 1700, CEP 60.714-903, devidamente preenchido e assinado, com a documentação a ser a ele anexada.
- 3- Colar a fotocópia da identidade no local indicado. Anexar cópia do CPF se for haver alteração no número deste documento.
- 4- Anexar cópia da Ficha Eletrônica de Inscrição que contém os dados que devem ser alterados.

5- **Eu,** _____, cujos dados de identificação encontram-se abaixo indicados e cujas assinaturas encontram-se acima e ao final desta folha, venho solicitar à CEV/UECE proceder à(s) alteração(ões) dos dados do meu requerimento de inscrição para o Vestibular 2019.2 da Universidade Estadual do Ceará, conforme indicação abaixo. Ao fazê-lo, estou ciente de que as solicitações de alteração que não estiverem corretamente indicadas não serão processadas.

RESERVADO

6. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

NOME	CPF	Nº DO PEDIDO DE INSCRIÇÃO

7. ALTERAÇÃO DE DADOS (SÓ PREENCHER OS CAMPOS QUE NECESSITAM DE ALTERAÇÃO)

() NOME	DE:			
	PARA:			
() CPF	DE:		PARA:	

LOCAL E DATA	ASSINATURA DO CANDIDATO
--------------	-------------------------