

## REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA EXTERNA PARA CURSO DE MEDICINA – 2016/2

### DADOS DO CANDIDATO

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Período pretendido: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento

Sexo

CPF:

RG:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) F

(

Endereço - Logradouro: \_\_\_\_\_

) M

nº: \_\_\_\_\_

complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Telefone Fixo:

Celular:

Email: \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

### ORIGEM DO CANDIDATO

Instituição de origem: \_\_\_\_\_

Último período cursado \_\_\_\_\_

Forma de ingresso na Instituição de Origem:

( ) Vestibular ( ) Obtenção de novo título ( ) Transferência externa ( ) Transferência interna ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Situação acadêmica no curso de origem:

Bolsista ProUni?

( ) Cursando ( ) Trancado ( ) Desistente ( ) Outro: \_\_\_\_\_ ( ) Não ( ) Sim, bolsa de \_\_\_\_\_%

Assinatura do requerente: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA FAMINAS

Documentos entregues:

( ) **Comprovante de pagamento** da taxa de inscrição (valor R\$500)

( ) **Histórico Escolar** atualizado do requerente, fornecido pela IES de origem, emitido nos últimos três meses

( ) Cópia da **Carteira de identidade**

( ) Cópias autenticadas dos **planos de ensino** das disciplinas cursadas na instituição de origem e com aprovação

### USO EXCLUSIVO DA COORDENAÇÃO DE CURSO

( ) Processo deferido

Assinatura do coordenador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

( ) Processo indeferido

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_