

**REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA E OBTENÇÃO DE NOVO TÍTULO PARA
CURSO DE MEDICINA – 2016/2**

DADOS DO CANDIDATO

Nome Completo: _____			Período pretendido: _____
Data de Nascimento ____/____/____	Sexo () F () M	CPF: _____	RG: _____
Endereço - Logradouro: _____		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**
- () **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	_____	_____