

**REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA E OBTENÇÃO DE NOVO TÍTULO PARA  
CURSO DE MEDICINA – 2017/1**

<b>DADOS DO CANDIDATO</b>			
Nome Completo: _____			Período pretendido: _____
Data de Nascimento ____/____/____	Sexo ( ) F ( ) M	CPF: _____	RG: _____
Endereço - Logradouro: _____		nº: _____	complemento: _____
Bairro: _____	Cidade: _____	UF: _____	CEP: _____
Telefone Fixo: ( ) _____	Celular: ( ) _____	Email: _____	

<b>ORIGEM DO CANDIDATO</b>		Último período cursado
Instituição de origem: _____		
Forma de ingresso na Instituição de Origem: ( ) Vestibular ( ) Obtenção de novo título ( ) Transferência externa ( ) Transferência interna ( ) Outro: _____		
Situação acadêmica no curso de origem: ( ) Cursando ( ) Trancado ( ) Desistente ( ) Outro: _____		Bolsista ProUni? ( ) Não ( ) Sim, bolsa de _____%

**Assinatura do requerente:**

**Local e data:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA FAMINAS</b>
Documentos entregues: ( ) <b>Comprovante de pagamento</b> da taxa de inscrição (valor R\$500) ( ) <b>Histórico Escolar</b> atualizado do requerente, fornecido pela IES de origem, emitido nos últimos três meses ( ) Cópia da <b>Carteira de identidade</b> ( ) Cópias autenticadas dos <b>planos de ensino</b> das disciplinas cursadas na instituição de origem e com aprovação

<b>USO EXCLUSIVO DA COORDENAÇÃO DE CURSO</b>	
( ) Processo deferido <b>Assinatura do coordenador:</b> _____	<b>Data:</b> _____/_____/_____
( ) Processo indeferido	