

**REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA E OBTENÇÃO DE NOVO TÍTULO PARA  
CURSO DE MEDICINA – 2017/2**

**DADOS DO CANDIDATO**

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

Período pretendido: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento

Sexo

CPF:

RG:

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

( ) F ( ) M

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 UNIFAMINAS**

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

\_\_\_\_\_

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