

**REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA E OBTENÇÃO DE NOVO TÍTULO PARA  
CURSO DE MEDICINA – 2019/2**

**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: ( ) Cursando ( ) Trancado ( ) Desistente ( ) Outro: _____	Bolsista ProUni? ( ) 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
- ( ) Processo indeferido

**Assinatura do coordenador:**

**Data:**

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