

**ANEXO II: REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA PARA O CURSO DE
MEDICINA - 2023/2 - EDITAL 08/2023**

DADOS DO CANDIDATO:

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: () Masculino () Feminino

CPF: _____ RG: _____

Endereço - Logradouro: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone Fixo: (____) _____ - _____

Celular: (____) _____ - _____

E-mail: _____

Período pretendido: _____

ORIGEM DO CANDIDATO:

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: _____, ____/____/____

USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA FAMINAS:

- () **Comprovante de pagamento** da taxa de inscrição (valor R\$ 500,00).
- () **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

Local e data: _____, ____/____/____