

1- Dados do Candidato

Nome: _____

Sexo: _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: ___ CEP: _____

Telefones: _____ E-mail: _____

2- Instituição de origem:

3- Solicitação de:

() Transferência Externa

4- Possui algum Curso Superior?

() Sim () Não () Completo () Incompleto Qual?: _____

5- Forma de ingresso na instituição de origem:

() Vestibular () Obtenção de Novo Título () Transferência

() Outra forma de ingresso Qual: _____

6- Bolsista PROUNI:

() Sim () Não - Bolsa de: _____ %

7- Situação acadêmica no curso de origem:

() Cursando () Trancado () Desistente () Outro: _____

8- Curso pretendido

Bacharelado:

() Medicina

9- Opção de Turno

() Integral

10- Pagamento

() Valor da taxa R\$1.000,00

Documentos anexados:

Transferência:

() **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 e com aprovação

Assinatura do(a) Requerente: _____ Data: ___/___/___

Deferido

Indeferido

Assinatura Coordenador: _____ Data: ___/___/___