

## Requerimento Transferência – Medicina 2015/1º

### 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\$500,00

### 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_