

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA PARA CURSO DE MEDICINA – 2017/1

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 FAMINAS-BH

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	_____	____/____/____