

**REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA PARA O CURSO DE MEDICINA – 2021/2****DADOS DO CANDIDATO**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Período pretendido: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço - Logradouro: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone Fixo: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**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 DA FAMINAS**

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:**

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