

**ANEXO II: REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA PARA O CURSO DE  
MEDICINA - 2023/2 - EDITAL 07/2023**

**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\$ 700,00).
- (    ) **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: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_