

**REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES PARA MATRICULA
NO CURSO DE MEDICINA**

É obrigatório o preenchimento de todos os dados com LETRA DE FORMA LEGÍVEL.

NOME ALUNO (A): _____	
ENDEREÇO: _____	Nº _____ CEP: _____
BAIRRO: _____	CIDADE: _____ ESTADO: _____
E-MAIL: _____	TELEFONE: _____
RG: _____	EXPEDIÇÃO: ____ / ____ / ____ ORGÃO EMISSOR: _____ UF: _____
ESTA DO CIVIL: _____ COR/RAÇA: () BRANCA () PARDA () PRETA/NEGRA () INDIGENA () AMARELA () NÃO DECLARADO () NÃO INFORMAR SEXO: () M () F () NÃO INFORMAR	
CPF: _____	DATA NASC: ____ / ____ / ____ NATURALIDADE: _____
NACIONALIDADE: _____ POSSUI DEFICIÊNCIA OU TRANSTORNO: () NÃO () SIM	
TIPO: _____ FORMAÇÃO: () NÍVEL SUPERIOR () NÍVEL MÉDIO	

NOME MÃE: _____ DATA DE NASC. ____ / ____ / ____	
ENDEREÇO: _____	Nº _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____	CEP: _____ ESTADO: _____ TELEFONE: _____
E-MAIL: _____	NATURALIDADE: _____ UF: _____
NOME PAI: _____ DATA DE NASC. ____ / ____ / ____	
ENDEREÇO: _____	Nº _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____	CEP: _____ ESTADO: _____ TELEFONE: _____
E-MAIL: _____	NATURALIDADE: _____ UF: _____

DADOS DO ENSINO MÉDIO

NOME ESCOLA: _____

ANO DE CONCLUSÃO: _____

TIPO DE ESCOLA: () PÚBLICA () PRIVADA