

**FICHA DE INFORMAÇÕES PARA MATRICULA NO CURSO DE MEDICINA 2021/1**

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

**NOME ALUNO (A):** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**BAIRRO:** \_\_\_\_\_ **CIDADE:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_ **TELEFONE:** \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_ **EXPEDIÇÃO:** \_\_\_\_\_ **ORGÃO EMISSOR:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_ **COR/RAÇA:** ( )BRANCA ( )PARDA ( )PRETA/NEGRA ( )INDÍGENA  
( )AMARELA ( )NÃO DECLARADO ( )NÃO INFORMADO

**NOME MÃE:** \_\_\_\_\_ **DATA DE NASC.** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ **BAIRRO:** \_\_\_\_\_ **CIDADE:** \_\_\_\_\_

**CEP:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **TELEFONE:** \_\_\_\_\_

**EMAIL:** \_\_\_\_\_ **NATURALIDADE:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**NOME PAI:** \_\_\_\_\_ **DATA DE NASC.** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ **BAIRRO:** \_\_\_\_\_ **CIDADE:** \_\_\_\_\_

**CEP:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **TELEFONE:** \_\_\_\_\_

**EMAIL:** \_\_\_\_\_ **NATURALIDADE:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**NOME FIADOR:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**BAIRRO:** \_\_\_\_\_ **CIDADE:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_ **DATA DE EXPEDIÇÃO:** \_\_\_\_\_ **ORGÃO EMISSOR:** \_\_\_\_\_

**EMAIL:** \_\_\_\_\_ **TELEFONE:** \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_ **N° DE DEPENDENTES:** \_\_\_\_\_

**DISCIPLINA ELETIVA QUE DESEJA CURSAR NO 1º PERÍODO DO CURSO:** (Escolher apenas 1 (uma) das disciplinas abaixo):

- ( ) Comunicação Humana
- ( ) Libras
- ( ) Manifestações Orais das Doenças Sistêmicas
- ( ) Espiritualidade em Saúde
- ( ) Direitos Humanos e Diversidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato ou seu responsável legal, se menor de idade.

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_