



FACULDADE CATÓLICA DE RONDÔNIA

Rua Gonçalves Dias, 290, Centro, Porto Velho/RO - CEP: 76801-132 - Tel.: (69) 3211-4500

FORMULÁRIO DE REMATRÍCULA - 2015.2

CURSO DE LICENCIATURA EM FILOSOFIA

PERÍODO:	TURNO:	TURMA:	RA:
----------	--------	--------	-----

1. DADOS PESSOAIS

NOME:

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___	CIDADE:	ESTADO:	SEXO
---------------------------------	---------	---------	------

ESTADO CIVIL:	Nº DEPENDENTES:-
---------------	------------------

CPF:	RG:	ÓRGÃO:	EMISSÃO:
------	-----	--------	----------

2. ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA:	Nº	COMPLEMENTO:
------	----	--------------

BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:
---------	---------	---------

CEP:	TEL: ()	()
E-mail:		

Eu, _____, estou ciente dos termos assumidos no ato da matrícula, sobre meu compromisso em trazer em dia os pagamentos do curso que a mim está sendo oferecido. Valor do semestre é de R\$ 2.280,00 (dois mil e duzentos reais) dividido em 6 (seis) mensalidades de R\$ 380,00 (trezentos e oitenta reais), pagáveis em boletos bancários.

Local: _____ DATA: _____

Aluno da Faculdade Católica de Rondônia

Secretaria Faculdade Católica de Rondônia