



# FACULDADE CATÓLICA DE RONDÔNIA

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

## FORMULÁRIO DE REMATRÍCULA "A" - 2015.2

### CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

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\$ 5.580,00 (cinco mil quinhentos e oitenta reais) dividido em 6 (seis) mensalidades de R\$ 930,00 (novecentos e trinta reais), pagáveis em boletos bancários.

Local: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Aluno da Faculdade Católica de Rondônia

\_\_\_\_\_  
Secretaria Faculdade Católica de Rondônia

