



FACULDADE CATÓLICA DE RONDÔNIA

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

FORMULÁRIO DE REMATRÍCULA - 2016.2

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:	ORGÃO EMISSOR:	DATA EMISSÃO:	

2. ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua:	Nº:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	
CEP:	Tel: ()	E-mail:	

PARECER DA BIBLIOTECA:

____/____/____

Assinatura

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\$ 2.520,00 (dois mil quinhentos e vinte reais) dividido em 6 (seis) mensalidades de R\$ 420,00 (quatrocentos e vinte reais), pagáveis em boletos bancários.

Porto Velho, _____ de _____ de _____

Aluno da Faculdade Católica de Rondônia

Secretaria Faculdade Católica de Rondônia