



FACULDADE CATÓLICA DE RONDÔNIA

Rua Gonçalves Dias, 290, Centro, Porto Velho-RO ☎ (69) 3211-4500

www.fcr.edu.br | email.: fcr@fcr.edu.br

FORMULÁRIO DE REMATRÍCULA – 2017.2

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:	

3. FORMA DE PAGAMENTO

BOLETO () FIES 50% () FIES 75% () FIES 80% () FIES 90% () FIES 100% ()
--

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\$ 2.820,00 (dois mil oitocentos e vinte reais) dividido em 6 (seis) mensalidades de R\$ 470,00 (quatrocentos e setenta reais), pagáveis em boletos bancários. Lembrando que a rematrícula se efetiva, ou seja, o vínculo se mantém, com o pagamento da primeira mensalidade.

Porto Velho, _____ de _____ de 2017

Aluno da Faculdade Católica de Rondônia

Secretaria Faculdade Católica de Rondônia