

TERMO DE CIÊNCIA

Eu, _____ portador(a) do RG nº _____, Órgão Expedidor _____, e CPF nº _____, residente a _____ no município de _____, candidato ao Processo de Graduados e Transferidos da Fundação Universidade Regional do Cariri, Declaro, ter CIÊNCIA que o Curso de Medicina da mencionada Universidade é ofertado em bloco e que o Aproveitamento de Estudo será realizado na totalidade do respectivo bloco.

Crato, _____, _____ 2024

Rua Cel. Antônio Luiz, 1161 - Pimenta - CEP: 63105-000 - Crato - CE - Brasil Tel.: (88) 3102 1212 / 1204 - E-mail: prograd@urca.br

