Fundação Universidade Federal de Rondônia
Diretoria de Registro e Controle Acadêmico - DIRCA
Campus Universitário José Ribeiro Filho
Br. 364 - KM 9,5 – Sentido Rio Branco- AC – Zona Rural – Caixa Postal: 295
CEP: 76.801-059 – Porto Velho/RO - Tel: (69)2182 2185 – e-mail: dirca@unir.br

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS – REVALIDA/2021

Protocolo nº_____**Data**_____**Obs**_____

Nome do(a) titular do diploma:_____

Telefone para contato com DDD:_____, e-mail:_____

Nome do(a) procurador(a)_____

Telefone para contato com DDD:_____, e-mail:_____

Documentos recebidos:
( ) Diploma do curso de Medicina – **original e cópia**
( ) Histórico Escolar do curso de Medicina – **original e cópia ou cópia autenticada**
( ) Cédula de Identidade ou Identidade de Estrangeiro – original e **cópia ou cópia autenticada**
( ) Comprovante de residência atualizado – **cópia**
( ) Comprovante de pagamento - Reconhecimento/Revalidação de diploma estrangeiro (medicina) – **original e cópia**
( ) Termo de Responsabilidade – **assinado na presença do(a) servidor(a) da SERCA-PVH ou com reconhecimento de firma em cartório**

_____ _____
Assinatura do Requerente Assinatura do(a) servidor(a)

Destacar – Comprovante de entrega de documentos

Protocolo nº_____**Data**_____**Obs**_____

Nome do(a) titular do diploma:_____

Documentos recebidos:
( ) Diploma do curso de Medicina – **original e cópia**
( ) Histórico Escolar do curso de Medicina – **original e cópia ou cópia autenticada**
( ) Cédula de Identidade ou Identidade de Estrangeiro – original e **cópia ou cópia autenticada**
( ) Comprovante de residência atualizado – **cópia**
( ) Comprovante de pagamento - Reconhecimento/Revalidação de diploma estrangeiro (medicina) – **original e cópia**
( ) Termo de Responsabilidade – **assinado na presença do(a) servidor(a) da SERCA-PVH ou com reconhecimento de firma em cartório**

_____
Assinatura do(a) servidor(a)