



**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

CEP: 76.801-059 – Porto Velho/RO - Cel: (69) 98472-5019 – e-mail: dirca@unir.br

**PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS – REVALIDA/2017**

**Protocolo nº** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_ **Obs.** \_\_\_\_\_

Nome do(a) titular(a) do diploma: \_\_\_\_\_

Telefone para contato com DDD: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

Nome do(a) procurador(a) \_\_\_\_\_

Telefone para contato com DDD: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

**Documentos recebidos:**

- ( ) Diploma de Medicina – **original e cópia**
- ( ) Histórico Escolar de Medicina – **cópia**
- ( ) Cédula de Identidade ou Identidade de Estrangeiro – **cópia**
- ( ) Comprovante de residência atualizado – **cópia**
- ( ) Termo de Responsabilidade – **assinado na presença do(a) servidor(a) da DIRCA**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Requerente**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) servidor(a) DIRCA**

---

**Destacar – Comprovante de entrega de documentos**

**Protocolo nº** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_ **Obs.** \_\_\_\_\_

Nome do(a) titular(a) do diploma: \_\_\_\_\_

**Documentos recebidos:**

- ( ) Diploma de Medicina – **original e cópia**
- ( ) Histórico Escolar de Medicina – **cópia**
- ( ) Cédula de Identidade ou Identidade de Estrangeiro – **cópia**
- ( ) Comprovante de residência atualizado – **cópia**
- ( ) Termo de Responsabilidade – **assinado na presença do(a) servidor(a) da DIRCA**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) servidor(a) da DIRCA**