



**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

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INSTRUÇÃO DO PROCESSO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS  
MÉDICOS – REVALIDA**

Para garantir a validade do ato de Revalidação do Diploma Médico em todo território brasileiro, eu \_\_\_\_\_ portador(a) da Cédula de Identidade ou Identidade de Estrangeiro nº \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_, residente à rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, Município \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, Portador(a) do Diploma Médico expedido pela \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, país \_\_\_\_\_, atesto para fins de Registro de Revalidação de Diploma junto a Fundação Universidade Federal de Rondônia, que as informações por mim prestadas e os documentos apresentados são verdadeiros.

Atesto ainda que o Diploma foi expedido por instituição reconhecida no país de origem pelo Ministério da Educação ou órgão equivalente e que obedece as exigências legais do país.

Ao assinar o presente termo estou ciente que sou responsável pela veracidade e autenticidade dos documentos apresentados e por todas as informações prestadas, sob pena de responder por crime de falsidade ideológica e/ou outros enquadramentos da Lei.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do diploma igual a cédula de identidade  
Este documento deve ser impresso e preenchido antecipadamente, **mas assinado na presença do(a) servidor(a)**  
No caso de entrega via procurador a assinatura deverá ser **reconhecida em Cartório**