


**TERMO DE RESPONSABILIDADE E DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS
INFORMAÇÕES - REVALIDA MEDICINA 2017 – INEP/MEC**

Eu, _____ de
Nacionalidade _____, natural de _____, domiciliado (a) em (endereço
completo com CEP) _____ N°: _____ Compl:

_____ Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____ portador(a) do Registro Geral (n° do RG): _____

Órgão Expedidor: _____, do CPF _____, filho (a) de (nome da mãe)
_____ e de (nome do pai) _____,

candidato (a) aprovado no processo do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos
Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras – REVALIDA MEDICINA 2017.

Declaro, ainda, ter ciência de que:

- ✓ As informações aprestadas por mim para o processo de análise de REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA DE MEDICINA, bem como a documentação exigida apresentada, será antes analisada pela PROGRAD/CERD. Comprovada a pendência de documentos após abertura do processo, o processo sofrerá interrupção imediatamente, congelando o prazo de atendimento, retornando somente após a sua regularização, assim adicionando todos os dias pendentes ao prazo final.
- ✓ A PROGRAD entrará em contato com o candidato imediatamente quando houver pendências.
- ✓ Comprovada a falta de autenticidade de documentos, o processo poderá ser indeferido.
- ✓ Na hipótese de configuração de fraude na documentação comprobatória em qualquer momento, o processo poderá ser indeferido literalmente em qualquer etapa do seu trâmite.

Local e data: _____, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Candidato(a)