



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO**

ANEXO II

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS
INFORMAÇÕES PRESTADAS POR APROVADOS NO REVALIDA 2024-1**

Eu, _____
_____ de Nacionalidade _____, natural de
_____, domiciliado/a em _____
Nº _____ Complemento: _____ Bairro:
_____ Cidade: _____ Estado: CEP: _____

portador(a) do CPF _____, candidato/a aprovado/a no processo do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras – REVALIDA MEDICINA 2024-1, assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade das fotocópias dos documentos encaminhados à Pró-Reitoria de Graduação da Universidade Federal da Paraíba.

Declaro, para fins de direito, sob as penas dos artigos 297 a 304 do Código Penal Brasileiro (passíveis de apuração na forma de Lei), a veracidade da documentação apresentada.

Declaro, ainda, ter ciência de que:

- As informações prestadas por mim, bem como a documentação exigida apresentada, serão antes analisadas pela SCRD/CA/PRG;
- 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 PRG 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.

João Pessoa, ____/____/2024