



**ANEXO I – TERMO DE RESPONSABILIDADE**

**PROCESSO SELETIVO DE TRANSFERÊNCIA EXTERNA - CURSO DE MEDICINA  
EDITAL n. 029/2023**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG n° \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_ e do  
C.P.F \_\_\_\_\_ residente no endereço  
\_\_\_\_\_ Bairro  
\_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ CEP  
\_\_\_\_\_, assumo inteira responsabilidade pelo teor das informações prestadas e  
autenticidade dos documentos entregues para o processo seletivo de Transferência Externa de  
Medicina. Declaro estar ciente que a inexatidão e/ou falsidade em quaisquer das informações  
acima implicará nas penalidades cabíveis.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(local e data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato(a)