



**ANEXO III – TERMO DE RESPONSABILIDADE**

**PROCESSO SELETIVO DE TRANSFERÊNCIA EXTERNA - CURSO DE MEDICINA  
EDITAL n. 023/2024**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG  
nº \_\_\_\_\_, 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)