



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

ANEXO I

REQUERIMENTO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA DE MEDICINA
APÓS APROVAÇÃO NO REVALIDA 2024-2

Identificação do requerente					
Nome:					
Endereço:					
Cidade:			CEP:		UF:
Data de Nascimento:	Sexo: M () F ()	Naturalidade:	UF:	Nacionalidade:	
E-mail:					
Telefone:					
CPF:					
Número do RG:			Órgão Emissor:	Data de Emissão:	
Número do Passaporte:			País de Expedição:	Data de Emissão:	

Identificação da Instituição de Origem	
Curso: MEDICINA	País:
Nível de: GRADUAÇÃO	Grau: BACHARELADO
Mês e Ano de Conclusão:	Data de Colação de Grau:

_____ / ____ / ____