



Ministério da Educação  
Fundação Universidade Federal de São João del-Rei

**REQUERIMENTO**  
**Revalidação de Diploma Médico (REVALIDA)**

Ao Senhor Reitor da Universidade Federal de São João del-Rei,

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo)  
abaixo-assinado, \_\_\_\_\_ (nacionalidade), portador da  
Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, expedida em \_\_\_\_\_ (local),  
em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, pelo \_\_\_\_\_ (órgão expedidor),  
\_\_\_\_\_ (estado civil), residente na rua  
\_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_, apto \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_  
CEP \_\_\_\_\_, telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, e-mail:  
\_\_\_\_\_, tendo sido aprovado no Exame REVALIDA de  
\_\_\_\_\_ (data), requer a revalidação e o registro do seu  
diploma médico expedido pela  
\_\_\_\_\_(instituição),  
com sede em \_\_\_\_\_ (país).

As autenticidades de meu diploma de graduação, bem como outras informações de natureza acadêmica, podem ser confirmadas no seguinte e-mail da instituição emissora: \_\_\_\_\_

Nestes termos,  
Pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente