



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