



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

ANEXO I

REQUERIMENTO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA DE MEDICINA
APÓS APROVAÇÃO NO REVALIDA 2024-1

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:

João Pessoa, ____ / ____ / ____