**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

DIRETORIA DE GESTÃO ACADÊMICA

COORDENAÇÃO DE CONTROLE ACADÊMICO

DIVISÃO DE REGISTRO DE DIPLOMAS – DRD

**REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS**

**FICHA DE CADASTRO DE REVALIDAÇÃO DE MEDICINA**

|  |
| --- |
| Nome: |
| Endereço: |
| Cidade:  | CEP: | UF: |
| Data de Nascimento: | Sexo:**M** ( ) **F** ( ) | Naturalidade: | UF: | Nacionalidade: |
| E-mail: |
| Telefone/Whatsapp: |

|  |
| --- |
| CPF: |
| Numero do RG: | Órgão Emissor: | Data de Emissão: |
| Numero do Passaporte: | País de Expedição: | Data de Emissão: |

|  |
| --- |
| Universidade de Origem: |
| Curso:**MEDICINA** | Pais: |
| Nível de:**GRADUAÇÃO** | Grau:**MÉDICO (A)** |
| Mês e Ano de Conclusão: | Data de Colação de Grau: |

**DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | CPF; |
|  | RG, CNH, PASSAPORTE, RNM(caso estrangeiro); |
|  | CERTIDÃO DE NASCIMENTO/CASAMENTO; |
|  | COMPROVANTE DE APROVAÇÃO NO REVALIDA NAS DUAS ETAPAS (PUBLICAÇÃO NO DIÁRIO OFICIAL OU PÁGINA DO INEP); |
|  | DIPLOMA ORIGINAL COM APOSTILA DE HAIA OU CHANCELA DO CONSULADO. |

**O formulário e todos os documentos solicitados devem estar em PDF em um único arquivo.**

Recebi o Diploma devidamente registrado em: / / .­­­­­­­­

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fone: (81) 2126-8613 E-mail: revalidacao.prograd@ufpe.br

Av: dos Economistas, S/N – Cidade Universitária.

CEP: 50.740-590 - Recife – PE

CNPJ: 24.134.488/0001-08