

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

PRÓ-REITORIA DE ENSINO

FICHA CADASTRAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA MÉDICO – REVALIDA

1. Identificação do Interessado

Nome:		Telefone(s):	
E-mail:			
Endereço:	Cidade:	CEP:	UF:
Data de nascimento:	Sexo: F/M	Naturalidade:	UF:
		Nacionalidade:	

2. Documentação

Nº de Identidade:	Órgão Emissor:	Data de Emissão:
Nº do Passaporte (se estrangeiro):	País de Expedição:	Data de Emissão:
CPF:	RNM (se estrangeiro):	

3. Identificação do Curso Realizado no Exterior

Instituição de Origem:	
Nome do Curso:	País:
Data de início do curso: mm/aaaa	Data de colação: dd/mm/aaaa

4. Termo de Responsabilidade

Declaro estar ciente que os documentos digitalizados apresentados são autênticos, assumindo total responsabilidade civil, penal e administrativa pelo uso indevido. Declaro ainda, ser de minha responsabilidade:

- a conformidade entre os dados apresentados e dos documentos; e
- a conservação dos originais em papel dos documentos digitalizados até que decaia o direito de revisão dos atos praticados no processo, para que, caso solicitado, sejam apresentados para qualquer tipo de conferência.

Obs.: a assinatura abaixo poderá ser realizada pelo portal gov.br.

Assinatura do usuário