



### Requerimento para revalidação de diploma de graduação do curso de MEDICINA

Trata-se de uma revalidação de diploma estrangeiro de graduação do curso de Medicina com aprovação obtida no Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) pelo requerente.

#### DADOS DO REQUERENTE:

Nome completo:		
Nacionalidade:		
Documento de identidade (RNE; Passaporte ou RG – Não é aceito CNH):		
CPF:		
Endereço completo no Brasil: (Rua/Av. , número, complemento, bairro, CEP, cidade-UF):		
Logradouro:		
Bairro:		Cidade:
Nº:	Estado:	CEP:
Celular (no Brasil, com DDD):		
E-mail:		

#### DADOS DO DIPLOMA ESTRANGEIRO:

Nome da Instituição Estrangeira que expediu o diploma:
Cidade e país onde o diploma foi expedido:
Nome do curso concluído (no idioma de origem do diploma):
Titulação concedida (no idioma de origem do diploma):
Datas de início e término do curso:

Declaro acatar as condições e me comprometo acerca da autenticidade dos documentos apresentados, bem como de que não solicitei a revalidação de diploma simultaneamente em outra instituição conforme Resolução nº 16/2022 CEPE.

Vitória-ES, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) requerente*