



REQUERIMENTO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA DE MEDICINA

Protocolo nº: /2019

(Preencher corretamente todos os dados com Letra Legível)

A Magnífica Reitora da Universidade Federal do Tocantins (UFT),
O abaixo assinado;

_____ (nome completo do(a)
requerente) de nacionalidade _____, portador(a) da carteira de identidade
(RG/RNE) nº _____, órgão expedidor _____, e do CPF nº _____,
residente à _____, (endereço completo do(a)
requerente) município de _____, estado de(o)_____, CEP nº
_____, telefone residencial (____)_____, telefone celular
(____)_____, telefone para recado (____)_____, e-
mail_____, vem requerer à Vossa Magnificência, após a
aprovação no Exame Revalida 2017 aplicado pelo INEP/MEC, a revalidação de diploma de médico
obtido no exterior, expedido pela _____
(nome completo da instituição emissora do diploma) localizada na cidade de
_____, no país_____.

_____, ____ de _____ de 2019
Local e Data

Assinatura do Requerente

Documentação Exigida para Revalidação do Diploma de Medicina:

1. Comprovante de aprovação no Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos;
2. Fotocópia da Certidão de Nascimento/Casamento;
3. Fotocópia da carteira de identidade ou CNH, para brasileiros ou naturalizados;
4. Fotocópia da carteira permanente de estrangeiro ou comprovante de regularidade de permanência no Brasil, emitido pela Polícia Federal;
5. Fotocópia do CPF;
6. Fotocópia do diploma a ser revalidado e do respectivo histórico escolar – ambos com visto da autoridade consular brasileira no país onde foi expedido, e respectivas traduções.
7. Original do diploma ou certificado a ser revalidado.
8. Procuração com poderes específicos e fotocópia do documento de identificação com foto do Procurador, se for o caso;

Observações: As fotocópias deverão estar autenticadas por tabelião público ou acompanhadas dos originais. A documentação expedida por instituições estrangeiras deverá ser apresentada contendo a autenticação do consulado brasileiro no país de origem, dispensando-se esta formalidade apenas nos casos em que houver convenção de cooperação entre o Brasil e o referido país (atualmente Argentina e França).

_____, ____ de _____ de 20_____
Local e Data

Assinatura/ Carimbo do Servidor da UFT

RECIBO DE SOLICITAÇÃO - REVALIDA MEDICINA 2017 - INEP/MEC

Nome:
Revalida Medicina 2017/INEP/UFT Protocolo: /2019

_____, ____ de _____ de 2019
Local e Data

Assinatura/ Carimbo do Servidor da UFT

