|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REVALIDA** | | | | | |
| Interessado: | | | | | |
| Data de nascimento: | | | Nacionalidade: | | |
| Identidade: | | Órgão emissor: | | | CPF: |
| E-mail: | | | | | Telefone: |
| Universidade: | | | | | |
| País: | | | | Ano de Conclusão: | |
| Ilmo. Reitor da UFRJ  O abaixo assinado, juntando a documentação exigida e tendo sido aprovado no Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médico Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras – Revalida, vem mui respeitosamente requerer a V.M. a revalidação do diploma de graduação do curso de Medicina, estando ciente e aceitando as normas e condições estabelecidas no Edital.  Nestes Termos, pede deferimento | | | | | |
| Data: | Assinatura: | | | | |