|  |  |
| --- | --- |
| Resultado de imagem para MINERVA UFRJ | **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  **FACULDADE DE MEDICINA**  **SETOR DE PROTOCOLO**  Av. Carlos Chagas Filho 373 bloco K – CEP: 21941-912  Rio de Janeiro – RJ  Setor de Protocolo – sala 22  e-mail: protocolo@medicina.ufrj.br |
| **REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**  **ACORDO ENTRE A UFRJ E A UNIVERSIDADE DE LISBOA** | |

Interessado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Estado Civil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nacionalidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão emissor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ano de conclusão do curso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grau obtido:

( ) Curso de Mestrado Integrado em Medicina com duração de 6 anos (12 períodos), em vigor após 2009, inclusive.

( ) Curso de Licenciatura em Medicina (pré-Bolonha) com duração de 6 anos, em vigor até 2008, inclusive.

|  |
| --- |
| Ilmo. Reitor da UFRJ  O abaixo assinado, juntando a documentação exigida e tendo obtido o grau acima indicado, 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 Acordo Bilateral entre a UFRJ e a Universidade de Lisboa.  Nestes Termos,  Pede Deferimento.  Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do interessado |