



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

ANEXO I

REQUERIMENTO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA DE MEDICINA  
APÓS APROVAÇÃO NO REVALIDA 2024-1

Identificação do requerente				
Nome:				
Endereço:				
Cidade:			CEP:	UF:
Data de Nascimento:	Sexo: M ( ) F ( )	Naturalidade:	UF:	Nacionalidade:
E-mail:				
Telefone:				
CPF:				
Número do RG:		Órgão Emissor:	Data de Emissão:	
Número do Passaporte:		País de Expedição:	Data de Emissão:	

Identificação da Instituição de Origem	
Curso: <b>MEDICINA</b>	País:
Nível de: <b>GRADUAÇÃO</b>	Grau: <b>BACHARELADO</b>
Mês e Ano de Conclusão:	Data de Colação de Grau:

João Pessoa, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_