

REVALIDAÇÃO AUTOMÁTICA DE DIPLOMA DE GRADUAÇÃO

Folha de informação:

Processo no:

Fl. no:

1- IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome: _____

Identidade: _____ Órgão de expedição: _____

CPF: _____

2- DOCUMENTOS ANEXADOS

documento comprovativo de graduação (Original legalizado pelo sistema de Apostilha - Convenção de Haia - ou com autenticidade reconhecida pelo consulado brasileiro em Portugal)

carteira de identidade (Fotocópia autenticada)

documento de registro na ordem dos Médicos de Portugal (Fotocópia autenticada)

taxa de pagamento

3- REVALIDAÇÃO PRETENDIDA

Graduação na área de MEDICINA

4- ENDEREÇO DO INTERESSADO

Rua, Avenida, etc...

_____ Número	_____ Complemento	_____ Bairro	_____ CEP
-----------------	----------------------	-----------------	--------------

_____ Cidade	_____ Estado	_____ Telefone	_____ Telefone Celular
-----------------	-----------------	-------------------	---------------------------

e-mail

_____	_____
-------	-------

Obs. Este formulário é específico para postulantes à revalidação automática de diplomas médicos prevista no acordo entre a UFRJ e a Universidade de Lisboa