ANEXO I

FICHA DE CADASTRO DE REVALIDAÇÃO DE MEDICINA

Nome:				
Endereço:				
Cidade:		**CEP:**		**UF:**
Data de Nascimento:	**Sexo:** **M ( ) F ( )**	**Naturalidade:**	**UF:**	**Nacionalidade:**
E-mail:				
Telefone/Whatsapp:				
CPF:				
Numero do RG:		**Órgão Emissor:**		**Data de Emissão:**
Numero do Passaporte:		**País de Expedição:**		**Data de Emissão:**
Universidade de Origem:				
Curso: **MEDICINA**		**Pais:**		
Nível de: **GRADUAÇÃO**		**Grau:** **MÉDICO (A)**		
Mês e Ano de Conclusão:		**Data de Colação de Grau:**		

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA (DIGITALIZADA)

	CPF;
	RG, CNH, PASSAPORTE, RNM (caso estrangeiro);
	CERTIDÃO DE NASCIMENTO/CASAMENTO;
	COMPROVANTE DE APROVAÇÃO NO REVALIDA NAS DUAS ETAPAS (PUBLICAÇÃO NO DIÁRIO OFICIAL OU PÁGINA DO INEP);
	CÓPIA DO DIPLOMA ORIGINAL COM APOSTILA DE HAIA OU CHANCELA DO CONSULADO.

O formulário e todos os documentos solicitados devem estar em PDF em um único arquivo.

_____

Local e data

_____

Assinatura do/a Requerente