



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO BÁSICA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO ESCOLAR
www.dae.ufsc.br / dae@contato.ufsc.br / (48) 3721-7402

REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA DE GRADUAÇÃO DE MEDICINA OBTIDO EM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR ESTRANGEIRA

Nome:	
CPF:	E-mail:
Telefone 1:	Telefone 2:
Nome da Instituição:	
País da Instituição:	
E-mail do setor que emitiu o diploma:	

Declaro que:

- ✓ esta é a primeira ou segunda solicitação de Revalidação para o presente Diploma;
- ✓ não apresentei solicitação de Revalidação igual e simultânea em outra Instituição Revalidadora;
- ✓ os documentos exigidos, que enviarei juntamente com este formulário, são cópias fiéis dos documentos autênticos, de acordo com os termos e responsabilizações cabíveis do Decreto Federal nº 8.539/2015.

Tendo em vista o declarado acima, venho requerer revalidação do meu diploma de graduação de Medicina nos termos da Resolução Normativa nº 48/2017/CGRAD/UFSC de 18 de outubro de 2017.

Florianópolis, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) Requerente