Universidade de Brasília – UnB

Secretaria de Administração Acadêmica – SAA

Revalidação e Reconhecimento de Diploma Estrangeiro – RRDE

FICHA CADASTRAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA MÉDICO

1. Identificação do Interessado

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | | | Telefone(s): | | |
|  | | | | |  | | |
| E-mail: | | | | |  | | |
|  | | | | |
|  | | | | | | | |
| Endereço: | | | Cidade: | | | CEP: | UF: |
|  | | |  | | |  |  |
|  | | | | | | | |
| Data de Nascimento: | Sexo: | Naturalidade: | | UF: | Nacionalidade: | | |
| **xx/xx/xxxx** | **F( ) M( )** |  | |  |  | | |

2. Documentação

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº de Identidade: | | Órgão Emissor: | Data de Emissão: |
|  | |  |  |
|  | | | |
| Nº do Passaporte: | | País de Expedição: | Data de Emissão: |
|  | |  |  |
|  | | | |
| CPF: |
|  |

3. Identificação do Curso Realizado no Exterior

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominação do Curso: | | Nível: | | Grau Obtido (Médico Cirujano, Doctor en Medicina, etc.): |
|  | | Graduação ( )  Pós-Graduação ( ) | |  |
|  | | | | |
| Universidade de Origem: | | | País: | |
|  | | |  | |
| Forma de realização do curso:  Presencial ( ) Semipresencial ( ) À Distância ( ) Outro ( ):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | O curso estrangeiro foi presencial e realizado em um polo no Brasil?  Sim ( ) Não ( ) | |
|  | | | | |
| Data de início do curso: | Data de conclusão do curso: | | | |
| **mm/aaaa** | **mm/aaaa** | | | |

4. Identificação do Curso Equivalente na UnB

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominação do Curso: | Nível: | Grau (Doutor, Bacharel, Médico, etc.): |
| **Medicina** | **Graduação** | **Médico** |
|  | | |
| Habilitação ou área de concentração (conforme o caso) \*: |
| **Medicina** |