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** |