



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

**Requerimento Revalida 2015**

<b>Nome completo (com acentos e sem abreviação):</b>		<b>CPF:</b>
<b>Matrícula:</b>	<b>Curso:</b>	<b>Data da Colação de Grau(MM/AA):</b> ____/____/____
<b>Nome do Pai:</b>		<b>Nome da Mãe:</b>
<b>Endereço (completo, com CEP):</b>		
<b>Data de Nascimento:</b> ____/____/____	<b>Naturalidade (Cidade/UF):</b>	<b>Nacionalidade:</b> ( ) Brasileiro nato    ( ) Brasileiro naturalizado ( ) Equiparado a Brasileiro: _____ ( ) Estrangeiro: _____
<b>Telefones:</b>		<b>E-mail:</b>
<p>( ) Documento de identidade do candidato portador do diploma (Carteira de Identidade, se brasileiro, ou RNE - Registro Nacional de Estrangeiros, concedido ao estrangeiro admitido na condição de temporário, permanente, asilado ou refugiado junto ao Ministério da Justiça).</p> <p>( ) Diploma de Conclusão do curso de Medicina validado pelo Ministério da Educação, ou órgão semelhante do país onde concluiu o curso, e chancelado pela Repartição consular brasileira naquele país;</p> <p>( ) Histórico escolar;</p> <p>( ) Certificado de proficiência em língua portuguesa para estrangeiros (CELPE-BRAS), no nível intermediário superior.</p> <p>( ) Certificado de reservista para brasileiros maiores de 18 anos.</p> <p>( ) Certidão de quitação eleitoral para brasileiros (as) maiores de 18 anos.</p> <p><u>INFORMAÇÕES ADICIONAIS</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
Assinatura do requerente: _____		Data: ____/____/____
RECEBIDO POR: _____		Data: ____/____/____

**Comprovante de Solicitação**

<b>Nome do solicitante:</b>
<b>Documento solicitado: REVALIDAÇÃO DIPLOMA (MÉDICO)</b>
Data ____/____/____
<b>Funcionário responsável:</b>