



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

Requerimento Revalida 2015

Nome completo (com acentos e sem abreviação):		CPF:
Matrícula:	Curso:	Data da Colação de Grau(MM/AA): ____/____/____
Nome do Pai:		Nome da Mãe:
Endereço (completo, com CEP):		
Data de Nascimento: ____/____/____	Naturalidade (Cidade/UF):	Nacionalidade: () Brasileiro nato () Brasileiro naturalizado () Equiparado a Brasileiro: _____ () Estrangeiro: _____
Telefones:		E-mail:
<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

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