

ANEXO I

REQUERIMENTO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA
Participante aprovado no Exame Revalida– Edital nº 66/2020/Inep

À Senhora
Profª. Ana Paula de Medeiros Ribeiro
Pró-Reitora de Graduação

Eu, _____, de
(nome completo do participante)

nacionalidade _____, portador do documento de
identificação nº _____, órgão expedidor _____,

CPF _____, residente à _____,

Bairro _____, Município _____,

Estado _____, Telefone (____) _____,

e-mail _____, vem requerer à

Vossa Senhoria, a revalidação de diploma de medicina emitido pela Instituição

(nome completo da Instituição emissora do diploma)

localizada na cidade de _____, país _____.

_____, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do Requerente