

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Pró-Reitoria de Graduação

ANEXO I

REQUERIMENTO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA

Participantes aprovados no Exame Revalida – Edital MEC/Inep nº 77, de 15 de agosto de 2022 – que indicaram a Universidade Federal do Ceará como Instituição Revalidadora

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

Eu, _____, de
(nome completo do requerente)
nacionalidade _____, portador do documento de
identificação nº _____, órgão expedidor _____,
CPF _____, residente à _____,
Bairro _____, Município _____,
Estado _____, Telefone (____) _____,
e-mail _____, aprovado (a) no
Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Instituição de
Educação Superior Estrangeira (Revalida – Edição 2022/2), venho 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 2023.

Assinatura do Requerente