

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Pró-Reitoria de Graduação

ANEXO I

REQUERIMENTO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA

Participantes aprovados no Exame Revalida – Edital MEC/Inep nº 28, de 28 de abril de 2023 – que indicaram a Universidade Federal do Ceará como Instituição Revalidadora

Ao Senhor
Prof. Davi Romero de Vasconcelos
Pró-Reitor 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 2023/1), venho requerer 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