

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Pró-Reitoria de Graduação

ANEXO I

REQUERIMENTO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA

Participantes aprovados no Exame Revalida – Edital MEC/Inep nº 205, de 16 de outubro de 2024 – que indicaram a Universidade Federal do Ceará como Instituição Revalidadora

Ao Senhor 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 2024/2), 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 2025.

Assinatura do Requerente