

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Pró-Reitoria de Graduação

**ANEXO I
REQUERIMENTO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA**

Participantes aprovados no Exame Revalida – Edital MEC/Inep nº 46, de 15 de maio de 2025 – que indicaram a Universidade Federal do Ceará como Instituição Revalidadora.

Ao Senhor Davi Romero de Vasconcelos
Pró-Reitor de Graduação

Eu, _____ (nome completo do requerente), de 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 2025/1), 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 2025.

Assinatura do Requerente