



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
ANEXO I
REQUERIMENTO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA

Participantes aprovados no Exame Revalida – Edital MEC/Inep nº.14/2026, de 12 de março de 2026 – 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 2025/2),
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 2026.

Assinatura do Requerente