SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO – DRCA

REVALIDAÇÃO DO DIPLOMA DE GRADUAÇÃO (MEDICINA)

Magnífico/a Reitor/a,

O/A interessado/a abaixo assinado e qualificado/a vem requerer a V.S.ª o apostilamento da **REVALIDAÇÃO DO DIPLOMA DE GRADUAÇÃO (MEDICINA)** conforme dados **(preenchidos em letra de forma)** a seguir:

NOME DO(A) ALUNO(A): _____

CPF:_____ DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____

CARTEIRA DE IDENTIDADE:_____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

PASSAPORTE:_____ NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE/CIDADE:_____ ESTADO:_____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

_____TELEFONE(S): _____

E-MAIL:_____

DECLARAÇÃO DO/A REQUERENTE:

Declaro para fins de direito, que as informações e cópias de documentos encaminhadas para o Departamento de Registro e Controle Acadêmico – DRCA da Universidade Federal de Alagoas - UFAL são verdadeiras e autênticas.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações apresentadas implicará penalidades cabíveis, notadamente no que diz respeito DOS CRIMES CONTRA A FÉ PÚBLICA; DA FALSIDADE DOCUMENTAL; DE OUTRAS FALSIDADES do Código Penal Brasileiro (Art. 296 ao 308).

Assumo inteira responsabilidade pela entrega de todos os documentos exigidos, conforme Resolução Nº 41/2026 de 03/03/2026 e declaro que estou ciente e concordo com os procedimentos e normas estabelecidas pela UFAL para o processo de apostilamento da Revalidação de Diploma de Medicina, a que ora solicito mediante aprovação no REVALIDA _____ (ano).

Atesto também que estou ciente de que qualquer irregularidade ou ausência de documentos, na forma exigida, verificada após protocolo, o processo será **AUTOMATICAMENTE INDEFERIDO.**

AO TEMPO QUE O/A REQUERENTE DECLARA-SE CIENTE DE QUE:

O presente requerimento só será levado a termo caso se apresente em anexo os seguintes documentos:
( ) 1 Cópia da carteira de identidade (Para brasileiro);
( ) 1 Cópia do CPF (Para brasileiro);
( ) 1 Comprovante de regularidade junto à Justiça Eleitoral (Para brasileiro);
( ) 1 Cópia do **diploma de graduação** em Medicina no exterior **autenticado pelo Consulado Brasileiro**;
( ) 1 Cópia da **tradução do diploma** para a língua portuguesa traduzido por tradutor juramentado;
( ) 1 Cópia do **histórico escolar** completo do requerente, fornecido pela IES de origem autenticado pelo **Consulado Brasileiro**;
( ) 1 Comprovação da aprovação do Revalida e indicação da Universidade Federal de Alagoas;
( ) 1 Cópia do passaporte (Para estrangeiros);
( ) 1 Cópia da carteira permanente de estrangeiro, ou comprovante de regularidade de sua permanência no país, emitido pela Polícia Federal, nos termos da Lei nº 6.815/80 (Visto Temporário ou Permanente) (Para estrangeiros);
( ) 1 Cópia do Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa (CELPE-BRAS) (Para estrangeiros).
( ) Comprovante do pagamento da taxa GRU (Guia de Recolhimento da União) no valor de R$ 1000,00 relativa ao serviço solicitado.

OBSERVAÇÕES:

a) O presente requerimento com a documentação exigida na Resolução Nº 41/2026 de 03/03/2026 deverá ser enviado ao setor de Protocolo Geral da UFAL (protocolo.geral@reitoria.ufal.br) para abertura de processo administrativo direcionado ao DRCA.
b) Os documentos emitidos por IES estrangeira deverão estar devidamente autenticados pelo Consulado Brasileiro no país onde o curso foi realizado e traduzido para a língua portuguesa por tradutor juramentado.
c) A comissão para análise do pedido poderá entrar em contato com o interessado para solicitar novos documentos ou esclarecimentos.
d) Informações através do telefone (82) 3214-1086 e no e-mail: ***registro@drca.ufal.br***

Maceió, _____ de _____ de_____.

_____
Assinatura do/a interessado/a

DRCA/UFAL

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO – DRCA

Recebi o Diploma de Medicina Revalidado pela UFAL acima mencionado.

Maceió, _____/_____/_____ _____

Assinatura

*PREENCHIMENTO DESTE CAMPO NO ATO DO RECEBIMENTO DO DIPLOMA.

DRCA/UFAL