



**CRM-MA**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MARANHÃO

## **TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO PARA ESTRANGEIROS**

**Nome do médico** \_\_\_\_\_

**Nacionalidade** \_\_\_\_\_

1. Está no Brasil apenas cursar especialização em Medicina?

( ) Sim ( ) Não

2. Possui algum tipo de emprego no Brasil ou fora?

( ) Sim ( ) Não

3. Já iniciou o processo de revalidação do seu Diploma de Médico?

( ) Sim ( ) Não

Se afirmativo a resposta, informar o nome da Universidade:

\_\_\_\_\_

4. Possui algum tipo de bolsa de estudo?

( ) Sim ( ) Não

Se afirmativo a resposta, informar o órgão custeador:

\_\_\_\_\_

Na hipótese de não possuir Bolsa de Estudo, esclarecer como será feita sua manutenção durante a especialização, caso esteja ou pretenda trabalhar informar a frequência e horário de trabalho:

\_\_\_\_\_

5. Já esteve envolvido (a) em alguma investigação sobre problemas de ordem ético-profissional em seu país de origem?

\_\_\_\_\_

**De acordo:** \_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_