



CRM-MA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MARANHÃO

TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO PARA ESTRANGEIROS

Nome do médico _____

Nacionalidade _____

- Está no Brasil apenas cursar especialização em Medicina?
 Sim Não
- Possui algum tipo de emprego no Brasil ou fora?
 Sim Não
- Já iniciou o processo de revalidação do seu Diploma de Médico?
 Sim Não

Se afirmativo a resposta, informar o nome da Universidade:

- 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:

- Já esteve envolvido (a) em alguma investigação sobre problemas de ordem ético-profissional em seu país de origem? Em caso positivo, descreva a situação.

Data: _____

Assinatura: _____

Caso não possua assinatura digital, imprima o documento e o assine com caneta.