



**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.