



## TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO LICENÇA TEMPORÁRIA: ESTUDANTE ESTRANGEIRO

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_, médico(a) estrangeiro(a), nacionalidade: \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), declaro perante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, sob as penas das leis brasileiras, que são verdadeiras as informações abaixo prestadas, bem como cumprir fielmente as instruções de que ora sou cientificado(a).

1 – Está no Brasil apenas para 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 afirmativa a resposta anterior, informar o nome da universidade:

\_\_\_\_\_

4 – Possui algum tipo de bolsa de estudo?

- ( ) SIM  
( ) NÃO

Se afirmativa a resposta anterior, informar o órgão custeador:

\_\_\_\_\_

Na hipótese de não possuir bolsa de estudo, esclarecer como será feita sua manutenção durante a especialização; caso trabalhe ou pretenda trabalhar, informar a frequência e o horário de trabalho:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

- ( ) SIM  
( ) NÃO

Estou plenamente cientificado(a) de que a autorização concedida pelo CRM-RS serve apenas para a especialização pleiteada, sendo expressamente **proibido o exercício de qualquer atividade médica remunerada**.

Estou plenamente cientificado(a) de que é vedada a realização de atos médicos fora da instituição do programa, ou mesmo em atividades médicas de outra natureza e em locais não previstos pelo programa na mesma instituição, sob pena de incorrer em exercício ilegal da medicina, tendo meu programa imediatamente interrompido, sem prejuízo de outras sanções legais.

Estou plenamente cientificado(a) de que deverei providenciar o pedido de prorrogação da licença a este Conselho num prazo aproximado de 30 dias antes do vencimento do pedido anterior.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cidade

Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) estudante médico(a)