



**CREMERS**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL



**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-RS, 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):

---



**CREMERS**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL



---

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.

Data; \_\_\_\_\_

---

Assinatura do(a) estudante médico(a).

---

**Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul**

Av. Princesa Isabel, 921 | Bairro Santana | Porto Alegre - RS | CEP: 90620-001

Fone: (51) 3300.5400 | cremers@cremers.org.br

cremers.org.br   /cremersoficial