**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 Ceará, 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**

Em caso afirmativo, informar o nome da universidade:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 – Possui algum tipo de bolsa de estudo?

**( ) SIM**

**( ) NÃO**

Em caso afirmativo, 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 trabalhas, 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-CE 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.

Fortaleza/CE, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do(a) estudante médico(a)**