**REVALIDAÇÃO DE CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EXPEDIDO POR ESTABELECIMENTO ESTRANGEIRO**

**REQUERIMENTO**

Eu, **<nome completo do requerente>**, CRM **<número do registro no CRM>** - Estado **<estado do registro no CRM>**, venho requerer junto à Comissão de Residência Médica da FCM/UNICAMP os devidos encaminhamentos para análise da documentação em anexo, relacionada ao programa de residência médica em **<título completo do programa cumprido no exterior>** cumprido no período de **<dia, mês e ano de início do programa>** a **<dia, mês e ano de conclusão do programa>** na instituição **<nome completo da instituição onde o programa foi cumprido>**, país **<país onde se localiza a instituição>**, cidade **<cidade onde se localiza a instituição>** , solicitando a revalidação do certificado apresentado, em equivalência ao programa de residência médica em **<título completo do programa no Brasil>** , de acordo com Resolução do CFM do Brasil.

Data: **<dia/mês/ano>**

Assinatura:

**PARA USO DA COREME – FCM/UNICAMP**

Documentos anexados:

* Requerimento apresentado em 2 vias originais
* Diploma do curso de medicina revalidado no Brasil (1 cópia autenticada)
* Registro em Conselho Regional de Medicina do Brasil (1 cópia autenticada)
* Certificado de residência médica a ser revalidado, averbado pelo Consulado Brasileiro do país onde a residência foi cumprida (1 cópia autenticada)
* Tradução juramentada do documento referente ao item anterior (documento original).
* Documentação emitida pela instituição onde foi cumprida a residência, contendo a duração do programa, carga horária, currículo e conteúdo programático, histórico do residente (documentos originais).
* Tradução juramentada da documentação referente ao item anterior (documentos originais)

Protocolo de recebimento:

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura com carimbo