

ANEXO II A

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE EM PRONTO SOCORRO HOSPITALAR

Declaro, para fins de qualificar o candidato _____, CRM- _____ para inscrição na prova de obtenção do título de Especialista em Medicina de Emergência pela Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), conforme convênio firmado com a Associação Médica Brasileira (AMB), que o mesmo é médico do corpo clínico e atuante na atividade de **COORDENADOR** nesta unidade há ____ anos, exercendo um carga horária semanal de ____ horas. **(Período: de ____/____/____ a ____/____/____)**.

e/ou

PLANTONISTA nesta unidade há ____ anos, exercendo um carga horária semanal de ____ horas. **(Período: de ____/____/____ a ____/____/____)**.

Declaro, ainda, que esta unidade por mim representada é constituída de um Departamento de Emergência/Pronto Socorro que atende regularmente pacientes em situação de emergência. Afirmo estar ciente da responsabilidade da veracidade destas informações e que, sendo confirmada incorreção das mesmas, o candidato por mim qualificado terá sua inscrição impugnada no concurso citado.

Dr(a).

Assinatura do Diretor Clínico/ou Diretor Técnico da unidade hospitalar com firma reconhecida.

Carimbo do hospital/instituição

**Esta declaração, após recebida pela ABRAMEDE será validada junto a Diretoria da Sociedade de Medicina de Emergência Regional do estado. O candidato não necessitará comparecer ou enviar a declaração para a regional do estado.*

** Este documento não pode conter rasuras.*

**Para mais de uma Declaração utilize cópia xerox; não utilize outro tipo de impresso.*

ANEXO II B

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

Declaro, para fins de qualificar o candidato _____, CRM- _____ para inscrição na prova de obtenção do título de Especialista em Medicina de Emergência pela Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), conforme convênio firmado com a Associação Médica Brasileira (AMB), que o mesmo é médico do corpo clínico e atuante na atividade de

COORDENADOR nesta unidade há ____ anos, exercendo um carga horária semanal de ____ horas. **(Período: de ____/____/____ a ____/____/____)**.

e/ou

PLANTONISTA nesta unidade há ____ anos, exercendo um carga horária semanal de ____ horas. **(Período: de ____/____/____ a ____/____/____)**.

Declaro, ainda, que esta unidade por mim representada é constituída de um Departamento de Emergência/ Pronto Atendimento que atende regularmente pacientes em situação de emergência. Afirmo estar ciente da responsabilidade da veracidade destas informações e que, sendo confirmada incorreção das mesmas, o candidato por mim qualificado terá sua inscrição impugnada no concurso citado.

Dr(a).

Assinatura do Diretor Clínico/ou Diretor Técnico da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com firma reconhecida.

Carimbo do hospital/instituição

**Esta declaração, após recebida pela ABRAMEDE será validada junto a Diretoria da Sociedade de Medicina de Emergência Regional do estado. O candidato não necessitará comparecer ou enviar a declaração para a regional do estado.*

** Este documento não pode conter rasuras.*

***Para mais de uma Declaração utilize cópia xerox; não utilize outro tipo de impresso.**

ANEXO II C

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE EM DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

Declaro, para fins de qualificar o candidato _____, CRM- _____ para inscrição na prova de obtenção do título de Especialista em Medicina de Emergência pela Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), conforme convênio firmado com a Associação Médica Brasileira (AMB), que o mesmo é médico do corpo clínico e atuante na atividade de

COORDENADOR nesta unidade há ____ anos, exercendo um carga horária semanal de ____ horas. (**Período: de ____/____/____ a ____/____/____**).

e/ou

PLANTONISTA nesta unidade há ____ anos, exercendo um carga horária semanal de ____ horas. (**Período: de ____/____/____ a ____/____/____**).

Declaro, ainda, que esta unidade por mim representada é constituída de um Serviço de Atendimento Móvel que atende e transporta regularmente pacientes em situação de emergência. Afirmo estar ciente da responsabilidade da veracidade destas informações e que, sendo confirmada incorreção das mesmas, o candidato por mim qualificado terá sua inscrição impugnada no concurso citado.

Dr(a).

Assinatura do Diretor Clínico/ou Diretor Técnico do de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com firma reconhecida.

Carimbo do hospital/instituição

**Esta declaração, após recebida pela ABRAMEDE será validada junto a Diretoria da Sociedade de Medicina de Emergência Regional do estado. O candidato não necessitará comparecer ou enviar a declaração para a regional do estado.*

** Este documento não pode conter rasuras.*

***Para mais de uma Declaração utilize cópia xerox; não utilize outro tipo de impresso.**