

ANEXO II

Tabela de pontuação para análise curricular no Concurso para Obtenção do Título de Especialista em
Medicina Emergência 2019 – ABRAMEDE/AMB
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 PRÉ HOSPITALAR MÓVEL DE EMERGÊNCIA

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 Pré Hospitalar Móvel de Emergência 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.