



ANEXO II

Tabela de pontuação para análise curricular no Concurso para Obtenção do Título de Especialista em Medicina Emergência 2020 – ABRAMEDE/AMB

ANEXO II A^{1,2,3}

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 E CARIMBO DO HOSPITAL/INSTITUIÇÃO

1 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.

2 Este documento não pode conter rasuras.

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



ANEXO II B^{1,2,3}

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 E CARIMBO DO HOSPITAL/INSTITUIÇÃO

1 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.

2 Este documento não pode conter rasuras.

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



ANEXO II C^{4,5, 6}

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 SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR MÓVEL DE EMERGÊNCIA, COM FIRMA RECONHECIDA E CARIMBO DO HOSPITAL/INSTITUIÇÃO

4 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.

5 Este documento não pode conter rasuras.

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