



# CONCURSO PARA OBTENÇÃO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA INTENSIVA / ADULTO - 2024

## Anexo IV

### DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM MEDICINA INTENSIVA/ADULTO

NOME DO CANDIDATO AO TÍTULO: \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ INSTITUIÇÃO QUE FORNECE A DECLARAÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

Telefone de contato do setor de Cadastro Médico da Instituição: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Solicitante:** AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira

**Finalidade:** Concurso para Obtenção do Título de Especialista em Medicina Intensiva

A Comissão do Título.

Senhor Presidente,

Declaramos que o médico identificado **exerce atividade profissional nesta instituição**, na qualidade de:

Autônomo / PJ  Contratado / CLT  Servidor Público  Outro: \_\_\_\_\_

Com carga horária semanal de \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) horas, desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Atualmente continua atuando na UTI da instituição?  SIM  NÃO

**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.

\_\_\_\_\_  
**Chefe ou Coordenador da UTI**

Nome Legível \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

(DDD) tel./ramal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Diretor Clínico ou Administrativo do Hospital**

Nome Legível: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

(DDD) tel./ramal \_\_\_\_\_

**Esta declaração será verificada pela AMIB através da sua Diretoria Regional.**

- Para mais de uma Declaração, utilize o número necessário de cópias. Não utilize outro tipo de impresso.
- Utilize o verso para informações suplementares, caso julgue necessário.
- Preencha todos os campos. Atenção para: horas semanais por extenso e datas com DD/MM/AAAA. O impresso incompleto não será aceito.
- Não será aceita declaração rasurada
- ATENÇÃO: Não será aceita declaração **rasurada**
- As assinaturas deverão ter firmas reconhecidas em cartório ou digitalmente gerada no formato CAdES e seguir o padrão AD-RB (Assinatura Digital com Referência Básica).

**ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB**

Rua. Arminda, 93 - 7º andar - Vila Olímpia - São Paulo - 04545-100

Tel. (11) 5089-2642 - [www.amib.org.br](http://www.amib.org.br) - [titulos@amib.org.br](mailto:titulos@amib.org.br)

