



Onde cada segundo importa!

ANEXO IIA

Concurso para Obtenção do Título de Especialista em Medicina de Emergência 2025 da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE)/ Associação Médica Brasileira (AMB)

DECLARAÇÃO DE JORNADA DE TRABALHO EM DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA, PRONTO-SOCORRO OU UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Declaro, para fins de qualificar o candidato _____, inscrito no CRM-____ pelo número _____ para inscrição na prova de obtenção do título de Especialista em Medicina de Emergência pela ABRAMEDE, conforme convênio firmado com a AMB, que ele é médico do corpo clínico e atuante em Setor de Departamento de Emergência, pronto-socorro ou unidade de pronto atendimento nesta unidade de saúde há _____ anos, exercendo carga horária semanal de _____ horas. (Período: de ____/____/____ a ____/____/____). Declaro, ainda, que o candidato acima descrito realiza contato assistencial direto com pacientes em situação de emergência nesta unidade.

Declaro também que as informações descritas são referentes ao serviço de saúde (nome do serviço) _____, localizado em (cidade e estado) _____, cujos contatos são (telefone com DDD) _____ e e-mail institucional _____.

Serviço este que possui um Departamento de Emergência para atendimento de pacientes com queixas agudas ou crônicas agudizadas.

Declaro também que sou () Diretor Técnico do Departamento de Emergência descrito, OU médico com cargo de _____, e tenho registro junto ao CRM-____, número _____.

Local: _____

Data: _____

Assinatura do declarante

Assinatura do candidato

Este documento deve conter assinatura eletrônica por certificado digital (ICP Brasil) ou em caso de assinatura física, a mesma deve ser reconhecida em cartório

Este documento não pode conter rasuras.



Onde cada segundo importa!

ANEXO IIB

Concurso para Obtenção do Título de Especialista em Medicina de Emergência 2025 da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE)/ Associação Médica Brasileira (AMB)

DECLARAÇÃO DE JORNADA DE TRABALHO EM UNIDADES DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH)

Declaro, para fins de qualificar o candidato _____, inscrito no CRM-____ pelo número _____ para inscrição na prova de obtenção do título de Especialista em Medicina de Emergência pela ABRAMEDE, conforme convênio firmado com a AMB, que ele é médico atuante em serviço de atendimento pré-hospitalar, inter-hospitalar, remoções ou serviço de transporte aeromédico há _____ anos, exercendo carga horária semanal de _____ horas. (Período: de ____/____/____ a ____/____/____). Declaro, ainda, que o candidato acima descrito realiza contato assistencial direto, e não apenas regulação médica.

Declaro também que as informações descritas são referentes ao serviço de saúde (nome do serviço) _____, localizado em (cidade e estado) _____, cujos contatos são (telefone com DDD) _____ e e-mail institucional _____.

Serviço este que atua realizando transporte em saúde de pacientes.

Declaro também que sou () Diretor Técnico do Departamento de Emergência descrito, OU médico com cargo de _____, e tenho registro junto ao CRM-____, número _____.

Local: _____

Data: _____

Assinatura do declarante

Assinatura do candidato

Este documento deve conter assinatura eletrônica por certificado digital (ICP Brasil) ou em caso de assinatura física, a mesma deve ser reconhecida em cartório

Este documento não pode conter rasuras.



Onde cada segundo importa!

ANEXO IIC

Concurso para Obtenção do Título de Especialista em Medicina de Emergência 2025 da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE)/ Associação Médica Brasileira (AMB)

DECLARAÇÃO DE JORNADA DE TRABALHO EM SERVIÇO DE MEDICINA DE ÁREAS REMOTAS

Declaro, para fins de qualificar o candidato _____, inscrito no CRM-____ pelo número _____ para inscrição na prova de obtenção do título de Especialista em Medicina de Emergência pela ABRAMEDE, conforme convênio firmado com a AMB, que ele é médico do corpo clínico e atuante em serviço de Medicina de Áreas Remotas há _____ anos, exercendo carga horária semanal de _____ horas. (Período: de ____/____/____ a ____/____/____). Declaro, ainda, que o candidato acima descrito realiza contato assistencial direto. Declaro também que as informações descritas são referentes ao serviço de saúde (nome do serviço) _____, localizado em (cidade e estado) _____, cujos contatos são (telefone com DDD) _____ e e-mail institucional _____.

Serviço este que atua em Medicina de Áreas Remotas, realizando contato direto com pacientes em situação de emergência.

Declaro também que sou () Diretor Técnico do Departamento de Emergência descrito, OU médico com cargo de _____, e tenho registro junto ao CRM-____, número _____.

Local: _____

Data: _____

Assinatura do declarante

Assinatura do candidato

Este documento deve conter assinatura eletrônica por certificado digital (ICP Brasil) ou em caso de assinatura física, a mesma deve ser reconhecida em cartório

Este documento não pode conter rasuras.



Onde cada segundo importa!

ANEXO IID

Concurso para Obtenção do Título de Especialista em Medicina de Emergência 2025 da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE)/ Associação Médica Brasileira (AMB)

DECLARAÇÃO DE JORNADA DE TRABALHO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Declaro, para fins de qualificar o candidato _____, inscrito no CRM-____ pelo número _____ para inscrição na prova de obtenção do título de Especialista em Medicina de Emergência pela ABRAMEDE, conforme convênio firmado com a AMB, que ele é médico do corpo clínico e atuante como **gestor** em Serviço de Emergência há _____ anos, exercendo carga horária semanal de _____ horas. (Período: de ____/____/____ a ____/____/____). Declaro também que, neste mesmo serviço, o candidato também realiza atividade assistencial direta com pacientes, com carga horária de _____ horas semanais, associada ao serviço de gestão.

Declaro também que as informações descritas são referentes ao serviço de saúde (nome do serviço) _____, localizado em (cidade e estado) _____, cujos contatos são (telefone com DDD) _____ e e-mail institucional _____.

Serviço este que atua por meio do atendimento de pacientes em situação de emergência.

Declaro também que sou () Diretor Técnico do Departamento de Emergência descrito, OU médico com cargo de _____, e tenho registro junto ao CRM-____, número _____.

Local: _____

Data: _____

Assinatura do declarante

Assinatura do candidato

Este documento deve conter assinatura eletrônica por certificado digital (ICP Brasil) ou em caso de assinatura física, a mesma deve ser reconhecida em cartório

Este documento não pode conter rasuras.