



Onde cada segundo importa!

## ANEXO IV A <sup>1,2</sup>

Concurso para Obtenção do Título de Especialista em Medicina Emergência 2023 –  
ABRAMEDE/AMB

### DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE EM DEPARTAMENTO 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  
Departamento de Emergência 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 DO DEPARTAMENTO  
DE EMERGÊNCIA COM FIRMA RECONHECIDA E CARIMBO DO  
HOSPITAL/INSTITUIÇÃO**

1Este documento não pode conter rasuras.

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



Onde cada segundo importa!

## ANEXO IV B<sup>3,4</sup>

Concurso para Obtenção do Título de Especialista em Medicina Emergência 2023  
– ABRAMEDE/AMB

### 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**

3Este documento não pode conter rasuras.

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