

**DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

INTERESSADO: \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Instituição que fornece a declaração: \_\_\_\_\_

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

Solicitante: AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira e SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria  
Finalidade: Concurso para a obtenção do Certificado de Área de Atuação em Medicina Intensiva Pediátrica.

À  
Comissão Paritária

Senhor Presidente,

Declaramos que o Médico acima identificado, exerce atividade profissional nesta instituição, na qualidade de:

Autônomo     Contratado / CLT     Servidor Público     outro: \_\_\_\_\_

desempenhando sua função junto ao setor de Terapia Intensiva Pediátrica/Neonatal como:

Diarista (rotineiro)     Plantonista     Chefe

com carga horária semanal de \_\_\_\_\_ horas, desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Atualmente continua atuando na UTI da instituição  sim     não

LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
Chefe / Coordenador da UTI

Nome Legível: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Diretor Clínico / ou Administrativo

Nome Legível: \_\_\_\_\_

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

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

(DDD) Fax \_\_\_\_\_

Ciente e de acordo:

\_\_\_\_\_  
Presidente/ ou membro da Diretoria da Regional da AMIB/SBP

Nome completo e Assinatura