



CONCURSO PARA OBTENÇÃO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA INTENSIVA - ADULTO - 2026

Anexo III

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE SOBRE A VERACIDADE DA DOCUMENTAÇÃO E DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Eu, _____,

portador(a) do RG _____ e CPF _____, me responsabilizo sob as penas do Art. 299 e do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação e das informações apresentadas para Inscrição no Concurso de Título de Especialista em Medicina Intensiva (TEMI) / Área Adulto, da AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira, em convênio com a Associação Médica Brasileira (AMB), conforme o Edital.

Declaro estar de acordo com as condições estabelecidas no Edital e assumo responsabilidade, podendo vir a responder civil e criminalmente em caso de não veracidade.

Estou ciente ainda de que a não veracidade de informações por mim prestadas, poderá acarretar no cancelamento da inscrição no Concurso, ou na anulação do TEMI, se for o caso, independente da época em que for constatada, e que o deferimento da Inscrição para o Concurso não significa garantia de direito à participação no Concurso ou ao recebimento do TEMI.

DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Assinale, na relação abaixo, os documentos enviados à AMIB para o Concurso de Especialista em Medicina Intensiva/Área – Adulto.

REQUISITOS

- ☐ Certificado de conclusão do Curso de Medicina;
- ☐ Certidão ético-profissional de nada-consta, emitida pelo CRM;
- ☐ Cópia do documento de identidade de classe (Carteira do CRM) definitivo e válido;
- ☐ Certificado de Conclusão do Programa Especialização em Medicina Intensiva (PEMI) credenciado pela AMIB;
- ☐ Certificado de Conclusão da Residência Médica em Medicina Intensiva;
- ☐ Declaração da Residência Médica em Medicina Intensiva (último semestre);
- ☐ Declaração do Programa Especialização em Medicina Intensiva (PEMI) (último semestre);
- ☐ Declaração de Experiência Profissional em Medicina Intensiva caracterizada pela jornada de trabalho de, no mínimo, 20 (vinte) horas semanais como plantonista em UTI, por período de pelo menos 6(seis) anos, sendo que essa atividade deve ser ininterrupta nos últimos dois anos.) **FIRMAS RECONHECIDAS EM CARTÓRIO OU DIGITALMENTE** do Diretor Clínico ou Administrativo do Hospital e do Coordenador da UTI (não podem ser a mesma pessoa);

Data: ____/____/2026.

ASSINATURA DO CANDIDATO COM FIRMA RECONHECIDA EM CARTÓRIO OU DIGITALMENTE

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 – titulos@amib.org.br

