

DECLARAÇÃO¹

Com objetivo de comprovarmos Treinamento/Capacitação do Médico adiante indicado na Área de Endocrinologia e Metabologia, declaramos à SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA - SBEM, com sede na Rua Humaitá, 85, 5º andar, Botafogo, Rio de Janeiro/RJ, CEP 22.261-000, sob as penas da lei, que referido profissional desenvolve/desenvolveu as atividades abaixo descritas pelo período de _____ a _____ na Clínica, Unidade Ambulatorial ou Hospitalar adiante referida.

MÉDICO
Nome:
CIRG. nº
CPF/MF. nº
CRM nº
Endereço:

DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES
1)
2)
3)
4)
5)

INSTITUIÇÃO
Nome:
CNPJ/MF:
Data de Constituição/Fundação:
Endereço:

RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO
Nome:
CIRG. nº
CPF/MF. Nº
CRM nº
Endereço:
Telefone:
Cargo/Função:
Assinatura:

1º ESPECIALISTA TITULADO SBEM/AMB
Nome:
CIRG. nº
CPF/MF. Nº
CRM nº
Endereço:
Telefone:
Assinatura:

2º ESPECIALISTA TITULADO SBEM/AMB
Nome:
CIRG. nº
CPF/MF. Nº
CRM nº
Endereço:
Telefone:
Assinatura:

_____, ____ de _____ de 2019.

¹ a) Todos os campos deverão ser preenchidos; b) As assinaturas do Responsável e dos Especialistas deverão estar reconhecidas em Cartório, c) O documento deverá estar acompanhado de cópias simples da identificação do Responsável e dos Especialistas (CRM's), e dos Certificados de Especialista emitidos pela SBEM/AMB.