

## ANEXO I

### MODELO COMPROVAÇÃO DE ATUAÇÃO PRÁTICA EM MEDICINA DO SONO

Declaramos, para fins de qualificar o candidato (inserir o nome do candidato), inscrito sob o nº CRM (inserir o número e a UF do CRM), para o Exame de Suficiência para obtenção do Certificado de Área de Atuação em Medicina Do Sono 2026, conforme convênio firmado com a Associação Médica Brasileira (AMB), que o mesmo é/foi médico do corpo clínico e atuante na atividade de (Medicina Do Sono ), nesta unidade no período de (dia/mês/ano inicial) até (dia/mês/ano final ou até a presente data), exercendo a carga horária semanal de (número de horas) horas.

Declaramos ainda que esta unidade por mim representada é constituída de (descrição da equipe de Medicina Do Sono), com média mensal de (número de atendimentos por mês) pacientes atendidos pelo médico acima referido nos seguintes ambientes (descrição detalhada das atividades ambulatoriais/hospitalares e/ou domiciliares) bem como número de exames interpretados (polissonografia tipos 1, 2 e 3, teste de latências múltiplas do sono, actigrafia).

Afirmamos estar cientes da responsabilidade da veracidade destas informações e que, sendo confirmada incorreção das mesmas, o candidato por mim qualificado terá sua inscrição impugnada no Certame citado.

Nome da (cidade), (dia) de (mês) de 2026.

Assinatura do(a) Diretor(a) Clínico(a)/Técnico(a); necessário firma reconhecida em cartório ou assinatura eletrônica com certificado digital válido e emitido por uma entidade credenciada pela ICP-Brasil)

Carimbo da instituição