

## ANEXO II

### MODELO COMPROVAÇÃO DE ATUAÇÃO PRÁTICA EM DOR

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 Dor 2026, conforme convênio firmado com a Associação Médica Brasileira (AMB), que o mesmo é/foi médico do corpo clínico e atuante na atividade de (Dor), 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 Dor), 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).

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