

## ANEXO I – DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

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

CRM: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

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

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Finalidade: Exame para Obtenção do Título de Especialista em Neurologia

À

Comissão do Título de Especialista em Neurologia

Senhor(a) Coordenador(a),

Declaramos que o Médico acima identificado exerce/exerceu atividade profissional nesta instituição **na área de:**

Clínica Médica ou  Neurologia,

Na qualidade de:

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

Desempenhando sua função na área como:

Rotina de enfermaria  Emergência  Plantonista  Ambulatório  Chefe de serviço

Outros \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

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

Local e Data

\_\_\_\_\_

**Chefe do Serviço / Coordenador**

[ CARIMBO COM NOME LEGÍVEL ]

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

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

**Diretor Clínico**

[ CARIMBO COM NOME LEGÍVEL ]

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

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



SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROLOGIA  
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA  
FILIADA À WORLD FEDERATION OF NEUROLOGY



Rua Vergueiro, 1353, sala 1404,  
14º andar, Torre Norte,  
Top Towers Office,  
04101-000, São Paulo, SP

[abneuro.org.br](http://abneuro.org.br)