

Dos critérios para inscrição no Exame Nacional para Obtenção do Título de Especialista em Pediatria.

O examinado para se inscrever no **Exame Nacional para Obtenção do Título de Especialista em Pediatria** deverá **observar e comprovar** os requisitos expostos no edital para o TEP que será disponibilizado no site da SBP www.sbp.com.br.

- ✓ **Tempo de formação na especialidade e/ou área de atuação igual ao previsto na Resolução CFM em vigor**, de acordo com os subitens e item 3.1.1.4 do edital para o TEP que será disponibilizado no site da SBP www.sbp.com.br.
- ✓ O Examinando deverá estar inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM definitivo), com Certidão de Regularidade para o Exercício Profissional atualizada (emitida há no máximo 30 dias antes da data final para inscrição) no qual o examinado tenha inscrição primária; caso o examinado tenha inscrição secundária, deverá apresentar a Certidão de Regularidade das duas inscrições, requisito obrigatório e imprescindível.

Comprovar possuir **pelo menos um** dos itens abaixo descritos:

- ✓ **Cópia autenticada** do certificado de conclusão de programa de Residência Médica em Pediatria reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM, com período mínimo de 2 (dois) anos; **ou Cópia autenticada** da Declaração do Coordenador do Programa de Residência Médica, devendo constar o período de realização, para examinados que terminam o Programa de Residência Médica em Pediatria– CNRM/MEC em fevereiro de 2017. Ao emitir a Declaração, o Coordenador deve considerar que o residente, necessariamente, concluirá o Programa de Residência Médica em 28/fevereiro/2017.
- ou**
- ✓ **Cópia autenticada** do certificado de conclusão da **Pós-Graduação** em Pediatria, realizada em Território Brasileiro e em Instituição reconhecida pelo MEC, com duração igual à do Programa de Residência Médica em Pediatria reconhecido pela CNRM/MEC e carga horária mínima de 1800 horas por ano. **Deve ser obrigatoriamente anexada a programação teórico-prática do referido curso em papel timbrado da instituição, que comprove 60% da carga horária em atividades práticas e 40% da carga horária em atividades teóricas.**
- ou**
- ✓ Atividade profissional exclusiva em pediatria por um período mínimo **dos 4(quatro)** últimos anos ininterruptos (a partir de janeiro de 2013) com exercício nesse período de pelo menos 20 horas semanais. O candidato deverá anexar à ficha de inscrição a declaração **original ou cópia autenticada**, conforme **modelo anexo I do edital** em papel timbrado da Instituição em que **exerce** atividade exclusiva em pediatria assinada e carimbada pelo Diretor da Instituição ou pelo Departamento de Recursos Humanos. Além disso, deverá o candidato ser apresentado por 2 (dois) médicos **Portadores do TEP conferido pela AMB/ SBP** através de uma declaração conforme **modelo anexo II do edital**.
- O valor da taxa de inscrição para associados adimplentes da SBP, Residentes adimplentes que participaram do 1º e 2º ano do Projeto Médico de Residentes da SBP e associados adimplentes com AMB é de R\$ 500,00 (quinhentos reais) e para os demais examinados é de R\$ 900,00 (novecentos reais), a cópia do comprovante de pagamento deve ser anexado à ficha de inscrição.
- As provas acima mencionadas têm sua aplicação prevista para o **dia 11 de junho de 2017 das 10 às 14 horas (horário de Brasília)** nos estados que houver pelo menos 10(dez) examinados com as inscrições homologadas. Os examinados que não fizerem a opção seguindo o disposto no item **1.4** do edital do TEP, serão alocados para realizar as provas no **Distrito Federal**.

PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO

ANEXO I

MODELO

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

À
Comissão Paritária do concurso de obtenção do Título de Especialista em Pediatria conferido pela AMB/SBP,

Eu _____, CRM (colocar o registro acordo com a atividade, como exemplo de um administrador é o CRA, no caso de um gestor de recursos humanos usa-se o CPF) _____ UF _____, Diretor do Hospital(colocar o cargo do responsável) _____, situado na cidade de _____, no estado _____, declaro que o Médico(a) _____ CRM _____ UF _____ exerce atividade profissional na área de Pediatria nesta instituição, na qualidade de _____ (autônomo, contratado, CLT, servidor público...), desempenha sua função como _____ (diarista, plantonista, chefe...), com carga horária semanal de _____ horas, desde _____/_____/_____ até _____/_____/_____.

.....
(Cidade e data)

.....
Assinatura e carimbo do responsável legal

OBSERVAÇÕES:

- 1. Deverá ser em papel timbrado da instituição.**
- 2. No caso de desligamento, utilizar o mesmo modelo de declaração, com o tempo verbal adequado.**
- 3. No caso de consultório próprio, solicitar a declaração do Plano de Saúde, cadastro CNPJ.**

MODELO

DECLARAÇÃO

À

Comissão Executiva do concurso de obtenção do Título de Especialista em Pediatria conferido pela AMB/SBP,

Eu _____, CRM _____ UF _____,

portador do TEP conferido pela AMB, situado na cidade de _____ no estado _____, declaro

que o Médico(a) _____ CRM _____ UF

_____ exerce atividade profissional **na área de Pediatria em todos os seus seguimentos nos últimos quatro anos**

ininterruptos.

.....
(Cidade e data)

.....
Assinatura e carimbo