**ANEXO III**

O **DOCUMENTO 1** deve ser emitido pela instituição de ensino onde o candidato concluiu pós-graduação lato sensu em Medicina do Exercício e do Esporte / “Medicina Esportiva”, com a categorização de que teve caráter presencial, por ter sido ministrada com aulas realizadas no ambiente da entidade e presença dos alunos no local, tendo essas atividades correspondido a, pelo menos, 60% da sua carga horária total, podendo o restante ser no formato síncrono, ao vivo, on-line. **Exceção** feita para candidatos cujo curso ocorreu no período pandêmico da COVID-19 (2020-2021), que devem enviar o **DOCUMENTO 2** (ver abaixo).

**Documento 1**

Declaramos, para fins de qualificar o candidato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para inscrição na prova de obtenção do Título de Especialista em Medicina Esportiva (TEME) – 2024, pela Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte (SBMEE), conforme convênio firmado com a Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM), que a pós-graduação lato sensu em Medicina do Exercício e do Esporte/ “Medicina Esportiva”, concluída pelo citado médico, em nossa instituição de ensino, é autorizada pelo MEC e foi ministrada com caráter presencial, cumprindo os requisitos mínimos citados no caput dessa página.

**Estamos cientes da responsabilidade da veracidade dessas informações e que, sendo confirmada incorreção das mesmas, a qualquer tempo, o candidato por nós qualificado terá sua participação impugnada no presente concurso.**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

 Local / Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Completo do Diretor/Coordenador da Instituição

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do Diretor/Coordenador da Instituição

 (com firma reconhecida)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Carimbo/Identificação da Instituição

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Médico Especialista SBMEE/AMB 1 Assinatura do Médico Especialista SBMEE/AMB 2

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Carimbo (Nome e CRM) Carimbo (Nome e CRM)

**Documento 2**

Declaramos, para fins de qualificar o candidato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para inscrição na prova de obtenção do Título de Especialista em Medicina Esportiva (TEME) – 2024, pela Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte (SBMEE), conforme convênio firmado com a Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM), que a pós-graduação lato sensu em Medicina do Exercício e do Esporte/ “Medicina Esportiva”, concluída pelo citado médico, em nossa instituição de ensino, é autorizada pelo MEC, como curso PRESENCIAL, tendo como coordenador um médico especialista titulado pela SBMEE/AMB.

**Estamos cientes da responsabilidade da veracidade dessas informações e que, sendo confirmada incorreção das mesmas, a qualquer tempo, o candidato por nós qualificado terá sua participação impugnada no presente concurso.**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

 Local / Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Completo do Diretor/Coordenador da Instituição

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do Diretor/Coordenador da Instituição

 (com firma reconhecida)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Carimbo/Identificação da Instituição

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Médico Especialista SBMEE/AMB 1 Assinatura do Médico Especialista SBMEE/AMB 2

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Carimbo (Nome e CRM) Carimbo (Nome e CRM)