



ANEXO I

COMPROVAÇÃO DE CAPACITAÇÃO POR ATUAÇÃO PRÁTICO-PROFISSIONAL EM MEDICINA DO EXERCÍCIO E DO ESPORTE

No que tange ao item 3.2-f.3 do **Edital Nº 2160 - Exame de Suficiência para obtenção do título de especialista em MEDICINA ESPORTIVA 2026**, o candidato deverá enviar cópia de comprovante de treinamento/atuação profissional na área de Medicina Esportiva por, no mínimo, 6 (seis) anos, após graduação médica, através de declaração do(s) serviço(s) onde se deu a experiência, devendo ser de entidade(s) com credibilidade dentro da área de Medicina do Exercício e do Esporte (MEE), **utilizando o ANEXO I-A**, para cada respectiva instituição. Esse(s) documento(s) deverá(ão) ser preenchido(s) pelo candidato e assinado(s) pelo diretor/responsável/coordenador do serviço (com firma reconhecida em cartório) e por 2 (dois) médicos com título de especialista em MEE pela SBMEE/AMB (esses últimos como validadores da veracidade do documento).

Cursos de pós-graduação lato sensu em MEE, com **caráter presencial** e reconhecidos pelo MEC, concluídos até a data de inscrição no exame, voltados exclusivamente para médicos e tendo, em sua coordenação, um médico com título de especialista em MEE pela SBMEE/AMB, servirão para inclusão na contagem de tempo de treinamento/experiência, não se enquadrando como requisito para inscrição. Neste caso, a comprovação se dará por cópia autenticada do diploma/certificado ou documento formal de conclusão emitido pela instituição educacional, **acompanhada** de declaração da mesma de que o curso ministrado segue os requisitos acima mencionados, **utilizando o ANEXO I-B** (Documento 1 **OU** 2, conforme o caso), seguindo suas orientações de preenchimento.

Observação: Documentos previstos neste item, emitidos por entidades diferentes, mas envolvendo datas de treinamento/atuação coincidentes, não serão cumulativos para a contagem de tempo acima citada, sendo considerado apenas um deles para o respectivo período simultâneo.



ANEXO I-A

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES EM MEDICINA DO EXERCÍCIO E DO ESPORTE

Declaramos, para fins de qualificar o candidato _____,
para inscrição na prova de obtenção do Título de Especialista em Medicina Esportiva (TEME) – 2026,
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 o
citado médico participou de atividades de estágio e/ou atendimento/prática/
treinamento/aprendizado, na área de “Medicina Esportiva”, nesta Instituição, no período de ____ /
____ / ____ a ____ / ____ / ____.

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

_____, ____ de _____ de 2026.
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 1

Assinatura do Médico Especialista 2

Carimbo (Nome e CRM)

Carimbo (Nome e CRM)



Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte

ANEXO I-B

O **DOCUMENTO 1**, abaixo, 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 na sequência, abaixo).



Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte

(Documento 1)

Declaramos, para fins de qualificar o candidato _____, para inscrição na prova de obtenção do Título de Especialista em Medicina Esportiva (TEME) – 2026, 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 2026
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)



Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte

(Documento 2)

Declaramos, para fins de qualificar o candidato _____, para inscrição na prova de obtenção do Título de Especialista em Medicina Esportiva (TEME) – 2026, 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 2026
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)