



## ANEXO I - DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA – ADULTO

Eu, (Nome completo do responsável da instituição)

\_\_\_\_\_  
Nacionalidade \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, Órgão

Emissor \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ data de emissão \_\_\_\_\_

Enfermeiro(a), COREN sob o número \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, Responsável Técnico(a)  
pela(o) (Nome da Instituição) \_\_\_\_\_; declaro, para fins de  
Comprovação de Atuação, para certificação profissional de 2025 para Obtenção do Título de Enfermeiro  
Especialista em Terapia Intensiva Adulto, promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia  
Intensiva – ABENTI, que o(a) enfermeiro(a) (Nome completo do candidato)

\_\_\_\_\_  
COREN nº \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, atua(atuou) como Enfermeiro, nesta Instituição,  
desenvolvendo suas atividades de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ na  
Unidade /Setor (DENOMINAÇÃO) \_\_\_\_\_, atuando em  
(especificar: ASSISTÊNCIA, GERÊNCIA, ENSINO e/ou PESQUISA)

\_\_\_\_\_  
na atenção à pacientes críticos e/ou potencialmente  
críticos, na modalidade Adulto.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Técnico  
ASSINATURA RECONHECIDA EM CARTÓRIO /  
ASSINATURA DIGITAL DE ÓRGÃO OFICIAL

(DDD) Tel/ramal \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_