**ANEXO B**

**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico registrado no CRM/MG sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me comprometo a realizar atendimentos aos usuários em instalações do recurso próprio da Unimed, por, no mínimo, 2 (dois) dias semanais (24 horas) pelo período de 5 (cinco) anos; e participação na escala da UTI móvel quando a especialidade for compatível com esta função (Clínica Médica, Cirurgia Geral), Anestesiologia, Intensivista, Pediatria, Cardiologia).

Itabira, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2022.

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

Nome do médico:

CRM:

Especialidade: