**ANEXO C**

**DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTOS AOS USUÁRIOS UNIMED**

Declaro, para os devidos fins, que possuo disponibilidade de atendimento aos usuários da Unimed em consultório, por no mínimo 03 (três) dias úteis semanais.

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

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

Nome do médico:

CRM: