

**TERMO DE COMPROMISSO DE ATUAÇÃO EM SERVIÇOS PRÓPRIOS DA
COOPERATIVA**

Eu, _____ portador do CPF _____, inscrito no CREMESC com o nº _____, venho declarar o compromisso que atuarei nos serviços próprios da Unimed Grande Florianópolis, conforme designado pela cooperativa.

Declaro estar ciente e de acordo com o disposto no Regimento Interno desta cooperativa, exposto no Cap. VII, Seção I, conforme discriminado:

Art. 84.

“§ 3º. Na mesma oportunidade, o médico deverá assinar um termo de compromisso de atuação em Serviços Próprios da Cooperativa, por no mínimo 2 (dois) anos, em unidade a ser designada pela Cooperativa.”

Florianópolis, __ de _____ de 20__.

Doutor: _____

CPF: _____

CRM: _____