

Termo de Aceite

Eu, _____, médico
cooperado inscrito no CRM _____, da especialidade
_____ confirmo minha adesão na rede de
referência especializada da Atenção Integral à Saúde. Compreendo todas as regras, bem como,
a necessidade de favorecer acesso para os beneficiários encaminhados e realizar a contra
referência para a AIS.

Estou ciente de todas as minhas responsabilidades com o programa e entendo que, o não
cumprimento poderá acarretar meu descredenciamento da rede de referência.

Assinatura e carimbo do Médico

Catalão, ____ de _____ de _____.