

**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, , médico (a) aprovado (a) no Concurso de Residência Médica – HUB/UnB, na especialidade de “ ” tenho conhecimento que a referida **Residência é em regime especial de treinamento em serviço de sessenta horas semanais,** conforme **edital do concurso** publicado no Diário Oficial da União. Estou ciente que o não cumprimento desta norma implica no **desligamento automático** do Programa.

# Brasília, / / \_

(Assinatura)

SGAN Av. L2 NORTE QUADRA 604/5 FONE: (61) 448-5522 – FAX: (61) 448-5383 – CEP: 70.840-050 - BRASÍLIA