

## 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)