Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
Avenida Brasil, 500, São Cristóvão – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20940-070
Tel.: 55 (21) 2134-5000 | Fax: 55 (21) 2134-5078
www.into.saude.gov.br / into@into.saude.gov.br

ANEXO 1 – TERMO DE COMPROMISSO

(a ser entregue assinado, no primeiro dia útil do curso)

NOME: _____

PROGRAMA: _____

INSTITUIÇÃO: _____

Pelo presente TERMO DE COMPROMISSO, declaro estar ciente e de acordo com o Protocolo Interno do Curso de Aperfeiçoamento Médico do Instituto, assim como dos meus direitos e deveres nele discriminados, os quais, cumprirei durante o período de treinamento no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia / INTO-MS.

DURAÇÃO PREVISTA: _____

_____ _____

LOCAL E DATA ASSINATURA DO ALUNO(A)

_____

CHEFE DA UNIDADE DE PÓS-GRADUAÇÃO
LATO SENSU E RESIDÊNCIA MÉDICA / INTO-MS