**ANEXO VI - TERMO DE COMPROMISSO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE, DO COORDENADOR E DO PROFISSIONAL DA SAÚDE**

**Chamada FAPEMIG 003/2024 – Pesquisa para Atenção à Saúde**

**Termo de Compromisso da Instituição Proponente, do Coordenador e do Profissional da Saúde**

A < > manifesta seu apoio e compromisso com o desenvolvimento do projeto < >, a ser coordenado pelo pesquisador < >, que terá como atribuição a execução do projeto e suporte em todas as atividades que se fizerem necessárias, incluindo a interlocução junto à FAPEMIG nos assuntos afetos ao projeto. Conforme relação abaixo, indica-se (indicam-se) como membro(s) da equipe o(s) profissional(is) de saúde que participará(ão) da execução do projeto, bem como estará(ão) disponível(is) para as atividades previstas do Plano de Trabalho.

|  |
| --- |
| Profissional(is) da Saúde |
| Nome |
|  |
| (inserir quantas linhas forem necessárias) |

O(s) profissional(is) de saúde atesta(m) atender aos seguintes requisitos  
obrigatórios da Chamada FAPEMIG n. 003/2024:  
1. Ter qualificação na concentração temática da Saúde Pública.  
2. Ter efetivo exercício em estabelecimento de saúde que componha o Sistema Único de Saúde há no mínimo 3 anos.  
3. Ter nível superior completo em instituição reconhecida pelo MEC.  
4. Ter currículo atualizado na Plataforma Lattes do CNPq.  
5. Ter cadastro no sistema Everest da FAPEMIG.  
6. Realizar as atividades do projeto fora da carga horária obrigatória (jornada de trabalho) definida pela SES/MG. A participação do servidor na Chamada FAPEMIG n. 003/2024 não implica em redução de carga horária no seu vínculo celetista ou estatutário.  
7. Confirmar o aceite como integrante da equipe do projeto, por meio da plataforma Everest da FAPEMIG, até o prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados a partir do encerramento do prazo de submissão especificado no item “3” da Chamada em referência.

Este Termo vincula-se, para todos os efeitos legais, à Chamada da FAPEMIG  
Pesquisa em Atenção à Saúde 003/2024.

**Nome do Profissional da Saúde  
(Assinatura manuscrita e carimbo ou Assinatura Eletrônica)**

**Nome do Coordenador  
(Assinatura manuscrita e carimbo ou Assinatura Eletrônica)**

**Nome do Representante Legal da Instituição Proponente  
(Assinatura manuscrita e carimbo ou Assinatura Eletrônica)**