



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
**Coordenadoria de Recursos Humanos**  
COMISSÃO ESPECIAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

**Termo de desistência do Programa de Residência Médica**

| Identificação  |               |
|----------------|---------------|
| Nome:          |               |
| Nacionalidade: | Estado Civil: |
| CPF:           | RG:           |
| CRM:           | Instituição:  |

| Venho por meio desta formalizar a desistência do Programa de Residência Médica e da bolsa: |                             |                             |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Especialidade:   |                             |                             |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> R1  | <input type="checkbox"/> R2 | <input type="checkbox"/> R3 | <input type="checkbox"/> R4 | <input type="checkbox"/> R5 |
| Motivo:  |                             |                             |                             |                             |
| Cidade:  | Data: ____/____/____        |                             |                             |                             |

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Residente

| Data do Recebimento |
|---------------------|
| ____/____/____      |

\_\_\_\_\_  
COREME