



Universidade Estadual de Maringá

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA



TERMO DE DESISTÊNCIA DE VAGA

Eu, _____,
RG. nº _____, CPF nº _____, CRM nº _____
Classificado(a) em ___º lugar no Programa de Residência Médica em
_____, venho por meio deste,
comunicar a **DESISTÊNCIA DA VAGA** publicada no Edital nº
059/2024-COREME, oferecida por esta Universidade.

Maringá, ___ de _____ de _____.

Assinatura