



TERMO DE DESISTÊNCIA TOTAL

EU, _____,
CPF:____.____.____-____, **DECLARO** para devidos fins e efeitos legais, que
DESISTO EM CARÁTER TOTAL E IRREVOGÁVEL, da vaga pela qual fui selecionado,
através da Seleção Unificada para Residência Médica do Estado do Ceará –
PSU/RESMED/CE-2017, Manual do Participante/Edital nº ____/2016, para cumprir o
programa de Residência Médica no Hospital_____, na especialidade
de _____ e, ainda, **DECLARO** estar consciente/informado da
minha exclusão do certame acima mencionado, **ABDICANDO DE QUALQUER DIREITO**
às vagas remanescentes.

Fortaleza - CE, ____ de _____ de 2017.

(Assinatura em conformidade com documento de Identidade)