



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA
DO ESTADO DO CEARÁ**



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-2018, Manual do Participante/Edital nº
_____/2017, 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 2018.

(Assinatura em conformidade com documento de Identidade)