



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



TERMO DE DESISTÊNCIA TOTAL DO CERTAME

Eu _____ CPF _____,

DECLARO para os 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-2019, Edital nº ____/2018, 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, **ABIDICANDO DE QUALQUER DIREITO** as vagas remanescentes.

Fortaleza-CE, ____ de _____ de _____

(Assinatura em conformidade com o documento de identidade)