



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO 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 do Processo Seletivo Unificado para Residência Médica do Estado do Ceará – PSU/RESMED/CE-2023, Edital nº ____/2022, 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** as vagas remanescentes.

Fortaleza-CE, ____ de _____ de _____

(Assinatura em conformidade com o documento de identidade)