



**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 matrícula realizada na especialidade de _____, do(a) _____,

relativa ao Processo Seletivo Unificado para Residência Médica do Estado do Ceará – PSU/RESMED/CE-2024, Edital nº ____/2023.

Declaro, ainda, estar consciente e que fui informado (a) da minha **EXCLUSÃO DO CERTAME, ABDICANDO DE QUALQUER DIREITO** às vagas remanescentes.

Fortaleza-CE, ____ de _____ de 2024.

(Assinatura em conformidade com o documento de identidade)