



Universidade Estadual de Maringá

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA



## TERMO DE DESISTÊNCIA DE VAGA

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG. nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_  
Classificado em \_\_\_\_º lugar no Programa de Residência  
Médica em \_\_\_\_\_, publicado no  
Edital nº \_\_\_\_\_-COREME, venho por  
meio deste, comunicar a **DESISTÊNCIA DA VAGA** oferecida por  
esta Universidade.

Maringá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura*