



**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIAS MÉDICAS - COREME**

**TERMO DE DESISTÊNCIA**

Declaro, voluntariamente e os devidos efeitos legais e acadêmicos, que eu,

\_\_\_\_\_

médico(a), CRM nº \_\_\_\_\_, aprovado(a), para o Programa de Residência Médica em \_\_\_\_\_, gerido pela Comissão de Residência Médica/Secretaria Municipal de Saúde, de João Pessoa, comunico a minha desistência da vaga e da respectiva bolsa, a partir desta data, por motivo(s) de interesse pessoal e em caráter irrevogável.

JOÃO PESSOA, 26 de fevereiro de 2015.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CANDIDATO