



**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMISSÃO DE RESIDENCIAS 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