



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME**

TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, _____,
portador(a) da Cédula de Identidade nº _____, CPF nº
_____, CRM-RS nº _____, comunico à
Comissão de Residência Médica da Universidade Federal de Pelotas –
COREME/UFPEL minha desistência da vaga no Programa de Residência
Médica em _____.

Pelotas, ____ de _____ de _____.

Assinatura