



TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, XXXX, abaixo assinado(a), portador(a) do Registro do Conselho Profissional **CRM/SP XXXXX** e do CPF nº XXXXXX, na presença de duas testemunhas, venho por intermédio do presente, comunicar minha **desistência**, em caráter irrevogável, à Bolsa de Residente no Programa de **RESIDÊNCIA MÉDICA**, área de concentração **NOME DO PROGRAMA XXXXX**, número de protocolo/processo no Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Médica - SisCNRMS Nº XXX/XXX. Desta forma, solicito rescisão do Termo de Compromisso junto a(o) **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – RESIDÊNCIA MÉDICA EM REDE 8ª COREME**.

Endereço:

Telefone:

Email:

São Paulo, de de

Testemunhas:

Athenê Maria de Marco França Mauro (Coordenadora Residência Médica em Rede 8ª COREME)

Daniele Pavan Bega/Luciana Estimo (Secretária Residência Médica em Rede 8ª COREME)