



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Departamento de Medicina - DMed
Comissão de Residência Médica – COREME
RESIDÊNCIA MÉDICA – UFSCar – 2025

Ao Coordenador da Comissão de Residência Médica - COREME
Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

Eu, _____,
portador do CPF _____, venho por meio desta oficializar minha
desistência da vaga de treinamento como Médico Residente do Programa de
Residência Médica em _____, da Universidade Federal de São Carlos -
UFSCar, obtida através de classificação no Processo Seletivo ENARE.

São Carlos, _____ de _____ de _____.

Nome do(a) Médico(a) Residente

Nome do(a) Coordenador(a) da COREME
– UFSCar

Assinatura do(a) Médico(a) Residente

Assinatura do(a) Coordenador(a) da
COREME - UFSCar

(Assinatura em formato digital obrigatória, disponível no site:
<https://www.gov.br/governodigital/pt-br/assinatura-eletronica>)