



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 – 2024

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 Clínica Médica, da Universidade Federal de São Carlos -
UFSCar, obtida através de classificação no Processo Seletivo ENARE.

São Carlos, _____ de _____ de _____.

Nome do Médico Residente

Nome do Coordenador da COREME –
UFSCar

Assinatura do Médico Residente

Assinatura do Coordenador da COREME -
UFSCar

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