



**Comissão de
Residência
Médica**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

*Campus da Saúde - Área Acadêmica Prof. Newton Azevedo
R. Gen. Osório, s/nº - 4º andar - Centro – Rio Grande / RS - CEP: 96201.900
Fone: (053) 3233 8842 / (053) 3233 8892 / (053) 3233 0317
medicina@furg.br*

TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, _____, R. G.
n.º _____, inscrito (a) na Seleção Pública de Médicos Residentes
– FURG 2011 **desisti** da vaga para a qual fui classificado (a) no Programa de
Residência Médica em _____, junto ao Hospital
Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr., da Universidade Federal do Rio Grande -
FURG.

Data: ____/____/2012.

(Assinatura)