

# TERMO DE DESISTÊNCIA OU CANCELAMENTO DE MATRÍCULA RESIDÊNCIA MÉDICA - UEL

Eu \_\_\_\_\_, Nacionalidade \_\_\_\_\_;  
Estado Civil \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_; inscrito(a) no CPF nº  
\_\_\_\_\_, candidato(a) aprovado(a) no PROCESSO SELETIVO PARA  
RESIDÊNCIA MÉDICA do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da Universidade  
Estadual de Londrina (HURNP/UEL) - Edital COREME RM001/2024, classificado (a) em \_\_\_\_º  
lugar – no Programa Médica/área \_\_\_\_\_, venho  
através deste Termo, **SOLICITAR O ( ) CANCELAMENTO OU ( ) DESISTÊNCIA DE  
MINHA MATRÍCULA Nº \_\_\_\_\_**, por minha decisão voluntária e autorizo  
minha substituição por outro candidato.

Esclareço ter ciência de que esta decisão implica na minha exclusão do quadro de beneficiados  
deste Processo Seletivo e ainda, que em decorrência dessa decisão, não tenho direito a  
qualquer tipo de indenização, de qualquer ordem.

Motivo da desistência/cancelamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do candidato desistente)

IMPRIMIR, PREENCHER, ASSINAR E ENVIAR PARA O E-MAIL: [residenciahu@uel.br](mailto:residenciahu@uel.br)