



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
AVENIDA EUGÊNIO DO NASCIMENTO, S/Nº  
36038-330 - JUIZ DE FORA - MG  
TEL.: 40095378 - CNPJ: 211957550002-40

### **TERMO DE DESISTÊNCIA DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, ingresso em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ no Programa de  
Residência Médica, especialidade \_\_\_\_\_,  
solicito por meio deste documento o cancelamento da minha matrícula e encerramento  
das minhas atividades no programa de residência no dia \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_, por motivo (s)  
\_\_\_\_\_.

Juiz de Fora, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_

---

**Nome do profissional e assinatura**

Ciente:

---

**Nome do coordenador do programa e assinatura**