



Florianópolis, _____ de _____ de 2025.

SOLICITAÇÃO DE DESISTÊNCIA

À Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde

Eu, _____ (nome completo),
_____ (categoria profissional), abaixo assinado(a), portador(a)
do Registro do Conselho Profissional COREN/SC nº _____
(sigla conselho regional e número do conselho regional) e do CPF nº
_____._____._____-_____, na presença de duas testemunhas, venho por intermédio
do presente, comunicar a minha **DESISTÊNCIA**, em caráter irrevogável, à Bolsa do
**Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem em Atenção Primária à
Saúde**, área de concentração Atenção Básica / Saúde da Família, número de parecer
2022-1623/AT e CÓDIGO SIG/MS 14676, em que estive desenvolvendo até a presente data
minhas atividades como residente.

Desta forma, solicito a rescisão do Termo de Compromisso junto à Secretaria Municipal de
Saúde de Florianópolis / Escola de Saúde Pública de Florianópolis.

Endereço residencial atualizado com CEP: _____.

_____.

Telefone: (____) _____.

E-mail: _____.

Assinatura e nome completo do residente

Testemunhas:

Nome completo:

CPF:

Assinatura:

Nome completo:

CPF:

Assinatura:
