



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

**TERMO DE DESISTÊNCIA DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, matriculado(a) no Programa de Residência \_\_\_\_\_, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, solicito o cancelamento de minha matrícula e encerramento das atividades no referido programa no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, por motivo de \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**PROFISSIONAL RESIDENTE**

\_\_\_\_\_  
**COORDENADOR DO PROGRAMA**