

**TERMO DE DESISTÊNCIA OU CANCELAMENTO DE  
MATRÍCULA  
RESIDÊNCIA DO HURNP/UEL**

Eu \_\_\_\_\_, Nacionalidade \_\_\_\_\_;  
Estado Civil \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_; inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_, candidato(a) aprovado(a) no PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina (HURNP/UEL) - Edital PROPPG/DGP/DAM nº \_\_\_\_/2021, classificado (a) em \_\_\_\_º lugar – no Programa/área \_\_\_\_\_, venho através deste Termo, **SOLICITAR O CANCELAMENTO 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 2022

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

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