UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE RESIDENCIA EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

TERMO DE RENÚNCIA

Eu, ***Sr. (a)*** _____ **(nome completo)** _____ (**profissão)**, abaixo assinado, portador do Registro do Conselho Profissional nº _____**(sigla conselho regional e número do conselho regional)** e do CPF nº _____, aprovado no Edital 005/2026 no **Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade do Estado do Amazonas, RENÚNCIO,** em **CARÁTER IRREVOGÁVEL**, a vaga obtida no processo de seleção do referido edital, e todos os direitos que essa aprovação garante, nos termos do **Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde**, junto à **UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS**, a partir da data subscrita abaixo.

Manaus, _____ de _____ de 2026

_____

Nome do candidato aprovado

_____

Assinatura do candidato aprovado