

ANEXO SEI Nº 0024680185/2025 - HMSJ.DMED.ASR

ANEXO II

MODELO DE TERMO DE DESISTÊNCIA DA VAGA

Eu, _____, Nacionalidade _____, Estado Civil _____, RG nº _____; inscrito (a) no CPF nº _____, candidato (a) aprovado (a) no PROCESSO SELETIVO PARA MÉDICO RESIDENTE, classificado (a) no PRM em _____ do Hospital Municipal São José, venho por meio deste, **DECLARAR A MINHA DESISTÊNCIA DA VAGA** do PRM para o qual fui aprovado(a).

Declaro estar ciente de que esta decisão resulta na minha exclusão do quadro de beneficiados deste processo seletivo e que, em razão dessa desistência, não terei direito a qualquer forma de indenização.

Assinatura do/a candidato/a



Documento assinado eletronicamente por **Arnoldo Boege Junior, Diretor (a) Presidente**, em 27/02/2025, às 17:01, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, Decreto Federal nº 8.539, de 08/10/2015 e o Decreto Municipal nº 21.863, de 30/01/2014.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://portalsei.joinville.sc.gov.br/> informando o código verificador **0024680185** e o código CRC **DEA305B9**.

Av. Getúlio Vargas, nº 238, C.P 36 - Bairro Anita Garibaldi - CEP 89202-000 - Joinville - SC -
www.joinville.sc.gov.br

24.0.196107-5

0024680185v3

Criado por [u83422](#), versão 3 por [u83422](#) em 27/02/2025 15:58:27.