

ANEXO SEI Nº 26379195/2025 - 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 12/08/2025, às 13:25, 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 **26379195** e o código CRC **39909809**.

