



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Coordenação de Pós-Graduação *Lato Sensu* e Extensão

COMUNICADO
CANCELAMENTO DA MATRÍCULA

O candidato que resolver não assumir a vaga para a residência médica no Distrito Federal, tendo ou não sido convocado e (ou) efetivado a matrícula para o ano de 2023, em qualquer chamada, deve preencher e **AUTENTICAR a SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/DESISTÊNCIA DE MATRÍCULA** (modelo na próxima página), disponível na página de acompanhamento do processo seletivo, no sítio eletrônico <http://www.institutoaocp.org.br>, e encaminhar para o *e-mail*: residencias@escs.edu.br.

A autenticação poderá ser substituída por apresentação de imagem do documento de identificação com assinatura e foto.

Caso não encaminhe a **SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/DESISTÊNCIA DE MATRÍCULA** autenticada, seu registro já efetivado pela COREME no Sistema Informatizado da Comissão Nacional de Residência Médica (SISCNRM) impedirá que o candidato assuma vaga de residência em outra instituição de saúde.

Brasília-DF, 1º de fevereiro de 2023.

VANESSA DALVA GUIMARÃES CAMPOS
Coordenação de Pós-Graduação *Lato Sensu* e Extensão



**SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO/DESISTÊNCIA DE MATRÍCULA
(Edital Normativo nº1-RM/SES-DF 2023, de 18 de outubro de 2022)**

Assunto: Cancelamento/Desistência de matrícula de residência.

Eu, _____, CPF _____,
candidato (a) aprovado (a) para o Programa de Residência Médica em
_____, conforme **Edital Normativo nº1-RM/SES-DF
2023, de 18 de outubro de 2022**, vinculado à COREME do Hospital
_____, solicito: (Assinale apenas uma opção).

- Desistência do Processo seletivo da SES e da lista de espera (1ª Opção);
 Desistência de convocação para a matrícula (Chamada nº ____);
 Cancelamento de matrícula já efetivada na chamada nº ____ e desistência
de cursar o Programa de Residência Médica, após ter me apresentado à
COREME _____ por _____ motivo
_____.

Ressalto que estou ciente de que minha matrícula está cancelada e
que a vaga antes ocupada por mim, será disponibilizada para outro candidato,
conforme ordem de classificação e não poderei reaver mais esta vaga.

Assinatura **por extenso**: _____

Data: ____/____/_____
Horário: ____:____ h.

OBSERVAÇÕES:

- Anexar cópia de RG, CNH ou Registro Profissional que possa comprovar a autenticidade da assinatura.
- Enviar no email residências@escs.edu.br