



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA  
INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE – ICEPi/SESA

**TERMO DE DESLIGAMENTO – DESISTÊNCIA VOLUNTÁRIA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL – ICEPi/SESA**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, venho solicitar meu desligamento  
(desistência voluntária) do Programa de Residência Multiprofissional em \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa  
e Inovação em Saúde – ICEPi/SESA.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.  
(Município)

---

Assinatura do Profissional Residente