



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

## TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
venho pela presente solicitar à V.S<sup>a</sup>. meu desligamento do Programa  
de \_\_\_\_\_ do Instituto  
Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente  
Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Assinatura