



**SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2019**  
**JUSTIFICATIVA DO RECURSO PARA O EDITAL**

**NOME DO CANDIDATO:** \_\_\_\_\_

**ESPECIALIDADE:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**TELEFONE CONTATO:** \_\_\_\_\_

Prova Acesso Direto:  Prova Pré-requisito:  Prova Anos adicionais:  Número da  
questão:  Gabarito OFICIAL:  Resposta do candidato:

**Argumentação do candidato** (Se necessário, use o verso.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Manaus, AM \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

**O formulário preenchido e assinado deverá ser entregue, nos dias estabelecidos no calendário (ANEXO III) de  
08h às 15h.**



**SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2019**  
**JUSTIFICATIVA DE RECURSO DA PROVA TEÓRICA**

**NOME DO CANDIDATO:** \_\_\_\_\_

**ESPECIALIDADE:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**TELEFONE CONTATO:** \_\_\_\_\_

Prova Acesso Direto:  Prova Pré-requisito:  Prova Anos adicionais:  Número da questão:  Gabarito OFICIAL:  Resposta do candidato:

**Argumentação do candidato** (Se necessário, use o verso.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Manaus, AM \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Assinatura do Participante

O formulário preenchido e assinado deverá ser entregue, nos dias estabelecidos no calendário (ANEXO III) de 08h às 15h.





**SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2019**  
**JUSTIFICATIVA DE RECURSO DA PROVA DE TÍTULOS**

**NOME DO CANDIDATO:** \_\_\_\_\_

**ESPECIALIDADE:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**TELEFONE CONTATO:** \_\_\_\_\_

Prova Acesso Direto:  Prova Pré-requisito:  Prova Anos adicionais:  Número da  
questão:  Gabarito OFICIAL:  Resposta Área: do candidato:

**Argumentação do candidato** (Se necessário, use o verso.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Manaus, AM \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

**O formulário preenchido e assinado deverá ser entregue, nos dias estabelecidos no calendário (ANEXO III) de  
08h às 15h.**



## SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA DO ESTADO DO AMAZONAS – CERMAM SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO

(Antes de fazer a solicitação, tomar conhecimento da resolução CNRM Nº 07 de 20/10/2010)

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Sexo: ( ) F ( ) M

RG:

Órgão Emissor:

Data de Emissão:

CPF:

NIS\*:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CEP:

Estado:

Telefone:

E-mail:

Nome da Mãe:

\* NIS – Número de Identificação Social (Cadastro Único). Solicito por meio desta isenção da taxa de inscrição do Processo de Seleção Pública para Programas de Residência Médica do HEINSG, conforme Resolução CNRM nº 07 de 20/10/2010.

**Declaro, sob as penas da Lei, que me enquadro em condição disposta na mencionada Resolução.**

**Assinalar com X na primeira coluna:**

Art. 4º - item I Juntar comprovante de vencimento/salário mensal, bem como declaração de próprio punho que não possui dependente.

Art. 4º - item II Juntar comprovante de vencimento/salário mensal, bem como declaração de próprio punho que possui até 2 dependentes.

Art. 4º - item III Juntar comprovante de vencimento/salário mensal, bem como declaração de próprio punho que possui mais de 2 dependentes.

Art. 4º - item IV Comprovar renda familiar mensal igual ou inferior a 3 salários mínimos ou renda individual igual ou inferior a dois salários mínimos.

Art. 4º - item V Juntar inscrição no Cadastro Único.

Art. 4º - item VI Comprovar ser membro de família de baixa renda nos termos do Decreto nº 6.135/2007.

Manaus, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante.

Este formulário deverá ser enviado, através do e-mail: [cermam@hotmail.com](mailto:cermam@hotmail.com), juntamente com a documentação comprobatória da solicitação, de forma legível e atualizada, conforme Resolução CNRM nº 07 de 20/10/2010.