



SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2017
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.

Avenida Ayrão, nº 699, Praça 14 de Janeiro – CEP: 69.025-050, Manaus-Am – Email: cermam@hotmail.com