



SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2018
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.

Avenida Apurinã, nº 04, Praça 14 de Janeiro – CEP: 69.020-170, Manaus-Am – Email: cermam@hotmail.com



SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2018
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 Apuriná, nº 04, Praça 14 de Janeiro – CEP: 69.020-170, Manaus-Am – Email: cermam@hotmail.com



SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2018
JUSTIFICATIVA DE RECURSO DA PROVA PRÁTICA

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.

Avenida Apurinã, nº 04, Praça 14 de Janeiro – CEP: 69.020-170, Manaus-Am – Email: cermam@hotmail.com



SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2018
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.**

Avenida Apurinã, nº 04, Praça 14 de Janeiro – CEP: 69.020-170, Manaus-Am – Email: cermam@hotmail.com



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

(Antes de fazer a solicitação, tomar conhecimento da resolução CNRM N° 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 n° 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. 4° - item I Juntar comprovante de vencimento/salário mensal, bem como declaração de próprio punho que não possui dependente.

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

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

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

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

Art. 4° - item VI Comprovar ser membro de família de baixa renda nos termos do Decreto n° 6.135/2007.

Manaus, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante.

Este formulário deverá ser enviado, através do e-mail: cermam@hotmail.com, juntamente com a documentação comprobatória da solicitação, de forma legível e atualizada, conforme Resolução CNRM n° 07 de 20/10/2010.

Avenida Apurinã, n° 04, Praça 14 de Janeiro – CEP: 69.020-170, Manaus-Am – Email: cermam@hotmail.com