

Comissão Nacional de Residência Médica

Comissão Estadual de Residência Médica do Amazonas

SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA DA CEREM-AM 2024 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, u	se o verso.)
	Manaus, AM dede
_	Assinatura do Participante

 $O\ formulário\ preenchido\ e\ assinado\ dever\'a\ ser\ entregue, nos\ dias\ estabelecidos\ no\ calend\'ario\ de\ 08h\ \acute{a}s\ 15h.$



Comissão Nacional de Residência Médica

Comissão Estadual de Residência Médica do Amazonas

SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA DA CEREM-AM 2024 JUSTIFICATIVA DE RECURSO DA PROVA TEÓRICA

NOME DO CANDIDATO:		
ESPECIALIDADE:		
CPF: E	-MAIL:	
TELEFONE CONTATO:		
Prova Acesso Direto: [] Prova Pré-requ	isito: [] Prova Anos adicionais: [] Número da
questão: [] Gabarito OFICIAL: [] Respo	osta do candidato: []	
Argumentação do candidato (Se necess	sário, use o verso.)	
	Manaus, AM de	de
	Assinatura do Particip	ante

O formulário preenchido e assinado deverá ser entregue, nos dias estabelecidos no calendário de 08h ás 15h.



Comissão Nacional de Residência Médica

Comissão Estadual de Residência Médica do Amazonas

SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA DA CEREM-AM 2024 JUSTIFICATIVA DE RECURSO DA PROVA PRÁTICA

NOME DO CANDIDATO:		
ESPECIALIDADE:		
CPF: E-	MAIL:	
TELEFONE CONTATO:		
Prova Acesso Direto: [] Prova Pré-requi	isito: [] Prova Anos adicionais: []] Número da
questão: [] Gabarito OFICIAL: [] Respo	osta Área: do candidato: []	
Argumentação do candidato (Se necess	ário, use o verso.)	
	Manaus, AM de	de
	Assinatura do Participa	nte

O formulário preenchido e assinado deverá ser entregue, nos dias estabelecidos no calendário de 08h ás 15h.



Comissão Nacional de Residência Médica

Comissão Estadual de Residência Médica do Amazonas

SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA DA CEREM-AM 2024 JUSTIFICATIVA DE RECURSO DA PROVA DE TÍTULOS

NOME DO CANDIDATO:	
ESPECIALIDADE:	
	E-MAIL:
TELEFONE CONTATO:	
	quisito: [] Prova Anos adicionais: [] Número da
questão: [] Gabarito OFICIAL: [] Res	posta Área: do candidato: []
Argumentação do candidato (Se nece	essário, use o verso.)
	Manaus, AM dede
	Assinatura do Participante

 $O\ formulário\ preenchido\ e\ assinado\ dever\'a\ ser\ entregue,\ nos\ dias\ estabelecidos\ no\ calend\'ario\ de\ 08h\ \'as\ 15h.$



Comissão Nacional de Residência Médica

Comissão Estadual de Residência Médica do Amazonas

SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA DA CEREM-AM 2024 AMAZONAS – CEREM-AM SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO

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

	Sexo: () F ()M				
Órgão Emissor:	Data de Emissão:				
NIS*:					
Cidade:	CEP:	Estado:			
E-mail:					
tificação Social (Cadastro Ú	nico). Solicito por meio	desta isenção da taxa de			
Seleção Pública para Prograr	mas de Residência Médic	a do HEINSG, conforme			
e 20/10/2010.					
a Lei, que me enquadro er	n condição disposta na	mencionada Resolução.			
neira coluna:					
provante de vencimento/salár	rio mensal, bem como dec	claração de próprio punho			
que não possui dependente.					
Art. 4º - item II Juntar comprovante de vencimento/salário mensal, bem como declaração de próprio					
pendentes.					
comprovante de vencimento	/salário mensal, bem con	no declaração de próprio			
2 dependentes.					
ovar renda familiar mensal	igual ou inferior a 3 sal	lários mínimos ou renda			
r a dois salários mínimos.					
Art. 4° - item V Juntar inscrição no Cadastro Único.					
$Art.\ 4^{o}\ -\ item\ VI\ Comprovar\ ser\ membro\ de\ família\ de\ baixa\ renda\ nos\ termos\ do\ Decreto\ n^{o}\ 6.135/2007.$					
Manaus, de	de				
Assinatura do Participante.					
	NIS*: Cidade: E-mail: tificação Social (Cadastro Ú Seleção Pública para Prograt e 20/10/2010. a Lei, que me enquadro en neira coluna: provante de vencimento/salán e. comprovante de vencimento/ pendentes. comprovante de vencimento/ 2 dependentes. covar renda familiar mensal r a dois salários mínimos. crição no Cadastro Único. rar ser membro de família de Manaus, de	Órgão Emissor: Data de En NIS*: Cidade: CEP: E-mail: tificação Social (Cadastro Único). Solicito por meio Seleção Pública para Programas de Residência Médice e 20/10/2010. Lei, que me enquadro em condição disposta na neira coluna: provante de vencimento/salário mensal, bem como dece. comprovante de vencimento/salário mensal, bem com pendentes. comprovante de vencimento/salário mensal, bem com 2 dependentes. covar renda familiar mensal igual ou inferior a 3 sa r a dois salários mínimos. crição no Cadastro Único. car ser membro de família de baixa renda nos termos de Manaus, de de			

Este formulário deverá ser enviado, através do e-mail: cerem.am@gmail.com, juntamente com a documentação comprobatória da solicitação, de forma legível e atualizada, conforme Resolução CNRM nº 07 de 20/10/2010.

Rua Tomas de Vila Nova, nº 300, Centro - 4º Andar - Ala Sul – Prédio HUGV.

CEP 69020-170, Manaus-Am. E-mail: cerem.am@gmail.com



Comissão Nacional de Residência Médica

Comissão Estadual de Residência Médica do Amazonas

AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

(nome), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), inscrito(a), CPF sob nº (informar) e no RG nº (informar), residente e domiciliado à (endereço), declaro para fim específico de atender ao edital do processo seletivo da (nome), que sou (informe se preto, pardo ou indígena).

Estou ciente de que a prestação de informações falsas relativas as exigências estabelecidas quanto à autodeclaração resultariam na desclassificação do processo seletivo e recusa ao cancelamento da matrícula no curso, além das penas previstas em lei, o que pode acontecer a qualquer tempo.

(município)-(UF), dia de (mês) de (ano).

(assinatura)

(nome)