

JUSTIFICATIVA DO RECURSO PARA O EDITAL

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface.

JUSTIFICATIVA DE RECURSO DA PROVA TEÓRICA

TELEFONE CONTATO:

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

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Manaus, AM de de .

Assinatura do Participante

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

JUSTIFICATIVA DE RECURSO DA PROVA PRÁTICA

[illegible]

JUSTIFICATIVA DE RECURSO DA PROVA DE TÍTULOS

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

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Manaus, AM de de .

O formulário preenchido e assinado deverá ser entregue, nos dias estabelecidos no calendário de 09h às 15h.

JUSTIFICATIVA DE RECURSO DO PCD

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

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

Assinatura do Participante

5 | P á g i n a

JUSTIFICATIVA DE RECURSO DO HETEROIDENTIFICAÇÃO

ESPECIALIDADE: _____

TELEFONE CONTATO: _____

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

[illegible]

Assinatura do Participante

6 | P á g i n a

**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA DO
ESTADO DO AMAZONAS**

AMAZONAS – CEREM-AM 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. 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 n° 6.135/2007.

Manaus, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante.

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 n° 07 de 20/10/2010.

**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA DO
ESTADO 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)

**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA DO
ESTADO DO AMAZONAS**

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO – CANDIDATA LACTANTE

1. DADOS PESSOAIS DA CANDIDATA

Nome completo: _____

CPF: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ UF: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço completo: _____

Telefone: (____) _____

E-mail: _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE A LACTAÇÃO

Possui filho(a) em fase de amamentação? () Sim () Não

Nome da criança: _____

Data de nascimento da criança: ____/____/____

Idade atual (em meses): _____

A candidata está amamentando exclusivamente? () Sim () Não () Amamentação mista

3. SOLICITAÇÃO DE DIREITO DA CANDIDATA LACTANTE

() Sala reservada para amamentação e/ou ordenha durante a permanência no local de prova.

() Tempo adicional conforme previsto em edital para lactantes.

() Acesso autorizado de acompanhante para cuidar do lactente durante a prova, em ambiente separado.

() Outro (especificar): _____

4. DADOS DO ACOMPANHANTE (se aplicável)

Nome completo: _____

CPF: _____

Telefone: (____) _____

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

Vínculo com a criança: () Pai () Familiar () Responsável legal () Outro:

5. DOCUMENTOS ANEXADOS

() Certidão de nascimento da criança

() Documento de identificação da candidata

() Documento de identificação do acompanhante (se houver)

() Declaração de amamentação emitida pela candidata

() Outro (especificar): _____

6. DECLARAÇÃO DA CANDIDATA

Declaro, sob responsabilidade legal, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e que estou ciente das regras estabelecidas no edital do Processo Seletivo de Residência Médica – CEREM-AM.

Manaus, ____ de _____ de 2025.

Assinatura da candidata