



HOSPITAL REGIONAL

Hilda Strenger Ribeiro

FORMULÁRIO PARA RECURSO DA PROVA OBJETIVA

REQUERIMENTO

Nome:

CPF:

R G

Data: _ / _ / _

À Comissão Examinadora,

Como candidato à vaga de Residência Médica do Hospital Regional Hilda Strenger Ribeiro, edital 001/2025, solicito revisão do gabarito preliminar da Prova Objetiva, conforme as especificações abaixo.

Assinatura do Candidato

ATENÇÃO:

Indicar o número da questão, a alternativa, objeto do recurso, o gabarito divulgado e a resposta do candidato.

Número da questão

Resposta do Gabarito:

Resposta do Candidato:

Argumentação do Candidato

Fundamentação Bibliográfica (Preenchimento Obrigatório)