



FORMULÁRIO PARA RECURSO DA PROVA OBJETIVA

REQUERIMENTO

Nome: _____ Inscrição: _____
Data: _____

À Comissão Examinadora,

Como candidato à vaga de Residência Médica do Hospital Regional Hilda Strenger Ribeiro, edital 001/2024, 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.

Nome da Prova:

Número da questão: _____ **Gabarito divulgado:** _____
Resposta do candidato: _____

Argumentação do Candidato

Fundamentação Bibliográfica (Preenchimento Obrigatório)