HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO

C.N.P.J. 96.136.643/0001-36

Rua 7 de Setembro, 570 – Fone/Fax (55) 3251-2770 e 3251-2835 – Santiago - RS

Utilidade Pública Municipal – Lei n° 2377 – utilidade Pública Estadual – Processo n° 013032100/96-7

Utilidade Pública Federal – D.O.U. de 02/07/91 – Proc. 77.223/77 – Registro no CNSS sob n° 205182

Registro no S.J.T.C.S. sob n° 100880–Certificado de Fins Filantrópicos Processo n° 22992000964/94-13

Comissão de Residência Médica Hospital de Caridade de Santiago

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2017

FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO DA PROVA

NOME DO CANDIDADO: _____

ESPECIALIDADE PRETENDIDA: _____

Número da questão: _____

Gabarito Oficial: _____ Resposta do Candidato: _____

Justificativa do Candidato – Razões do Recurso: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Assinatura do candidato: _____

* O recurso deverá ser individual, e por questão, com a indicação precisa daquilo em que o candidato se julgar prejudicado e devidamente fundamentado, comprovando as alegações com a citação dos artigos, itens, páginas de livros, nome de autores, etc., juntando cópia dos comprovantes.

Data do recebimento ____/____/____ Assinatura do Recebimento: _____

_____

☐ Deferido ☐ Indeferido - Justificativa da Banca: _____

_____

_____

Assinatura: _____