

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE RECURSO  
PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL  
IDOR 2024.2**

Nome: \_\_\_\_\_.

CPF: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

REGIONAL: ( ) AL-HMAR ( ) BA -HSR ( ) RJ IDOR, inscrito (a) no **PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA IDOR/2024.2** ( ) MÉDICA EM \_\_\_\_\_ ( ) ENFERMAGEM

EM \_\_\_\_\_ vem à presença dos senhores, recorrer do Gabarito divulgado por esta Comissão, **QUESTÃO** \_\_\_\_\_, conforme prazo legal, pelo(s) motivo(s) abaixo justificado:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Estou ciente de que o não atendimento das regras contidas no Edital que regula o Concurso, no que se refere a recurso, poderá ensejar na rejeição deste.**