

**ANEXO II**  
**FORMULÁRIO PARA RECURSO**  
**(Preencher com letra de forma)**

Nome do candidato: _____
CPF do candidato: _____

<b>Opção de Especialidade Constante na Inscrição:</b> Clínica Médica ( ) Cirurgia Geral ( ) Pediatria ( ) Neonatologia ( )
<input type="checkbox"/> Recurso contra o indeferimento de isenção da taxa de inscrição <input type="checkbox"/> Recurso contra indeferimento de inscrição <input type="checkbox"/> Recurso contra indeferimento de inscrição como PCD <input type="checkbox"/> Recurso contra indeferimento de inscrição como Negro <input type="checkbox"/> Recurso contra o Gabarito Preliminar Questões da prova: _____ <input type="checkbox"/> Recurso contra o Resultado da Análise Curricular <input type="checkbox"/> Recurso contra o Resultado Preliminar <input type="checkbox"/> Recurso contra o Resultado da Perícia Médica <input type="checkbox"/> Recurso contra o Resultado do Procedimento de Heteroidentificação
Justificativa do candidato: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
<b>OBS:</b> Os recursos deverão ser individuais e devidamente fundamentados, <b>sendo vedada a entrega de documentação complementar nesta fase</b> , com exceção do recurso previsto no item 8.1.3 (RECURSO CONTRA AS QUESTÕES E GABARITO PRELIMINAR), que deverá estar acompanhado de citação da bibliografia.

\*As solicitações dos recursos deverão ser realizadas através do endereço eletrônico: **residenciamedica.huse@gmail.com**