

Prezado(a) candidato(a),

Este formulário deve ser utilizado para registro de recurso contra alguma questão da prova dos Programas de Residência Médica da Universidade Paulista (UNIP). Leia atentamente as instruções que constam no sítio eletrônico <https://medicina.unip.br/residencia.aspx> e no Edital do Concurso, antes de preenchê-lo.

**Dados do Candidato**

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Número de Inscrição: \_\_\_\_\_

Programa de Residência pretendido (informar o município do Programa, inclusive):

\_\_\_\_\_

**Detalhes da Questão Contestada**

Número da Questão: \_\_\_\_\_

Solicitação: ( ) Anulação da questão ( ) Alteração do gabarito

**Razões do Recurso**

Descrição do Problema Identificado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Argumentação Técnica/Científica: (explique por que a questão está incorreta ou apresenta problemas. Cite fontes e fundamentos, se aplicável)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fontes de Referência:

---

---

---

---

---

---

---

---

Documentos Anexados (se houver):

Artigos Científicos

Cópia de Livro/Trecho

Outro: \_\_\_\_\_

**Declaração do Candidato**

Declaro que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e que fundamentam a solicitação de análise desta questão.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

