



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
SELEÇÃO PÚBLICA DE RESIDÊNCIA MÉDICA – 2025/1

FORMULÁRIO DE RECURSO – NOTA FINAL

NOME DO CANDIDATO: _____

Especialidade: _____ Número de Inscrição: : _____

Os recursos referente ao **CÁLCULO DA NOTA FINAL** serão acolhidos no dia **01** e até as **23h59min** do dia **02/02/2025**. O candidato deve preencher o formulário de Recurso do Cálculo da Nota Final e Classificação, demonstrando o erro de cálculo na tabela abaixo. O Candidato deve imprimir, assinar, digitalizar em **arquivo único**, formato PDF, e enviar, por via eletrônica, para o email: **residenciaselecao2025@gmail.com** - Identificar com o assunto: **RECURSO FINAL – RESID. MÉDICA**.

INFORMAÇÕES QUE FORAM PUBLICADAS:

NOTA DA PROVA TEÓRICA	10% PONTUAÇÃO EXTRA	TOTAL PONTOS TEÓRICA (PESO 9,0)	PONTOS ANÁLISE DO CURRÍCULO	10% PONTUAÇÃO EXTRA	TOTAL PONTOS ANÁLISE DO CURRÍCULO (PESO 1,0)	TOTAL GERAL DOS PONTOS

Apresentar o(s) erro(s): _____

INFORMAÇÕES QUE DEVEM SER CORRIGIDAS:

PONTOS PROVA TEÓRICA	10% PONTUAÇÃO EXTRA	TOTAL PONTOS TEÓRICA (PESO 9,0)	PONTOS ANÁLISE DO CURRÍCULO	10% PONTUAÇÃO EXTRA	TOTAL PONTOS ANÁLISE DO CURRÍCULO (PESO 1,0)	TOTAL GERAL DOS PONTOS	CLASSIFICAÇÃO

Data: _____/02/2025

Assinatura: _____