



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
AUTARQUIA ESTADUAL – LEI N° 8899 de 27/09/94  
(Reconhecida pelo Decreto Federal n° 74179 de 14/06/74)

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA  
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5 416 – CEP 15090-000  
E-mail: [processoseletivo2023@famerp.br](mailto:processoseletivo2023@famerp.br)  
São José do Rio Preto – São Paulo – Brasil

**ANEXO V:**

**PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA – ACESSO DIRETO ANO 2024  
REQUERIMENTO DE RECURSO CONTRA O GABARITO DA PROVA OBJETIVA.**

À FAMERP – FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Eu, \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_  
órgão expedidor \_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_/\_\_\_\_, candidato(a) no Processo  
Seletivo da Residência Médica FAMERP 2024 – Acesso Direto - Edital de Abertura de Inscrições  
G.D.G. n° 030/2023, para o Programa de Residência Médica em  
\_\_\_\_\_, número de inscrição \_\_\_\_\_ apresento  
esse recurso referente ao gabarito da(s) questão(ões) número \_\_\_\_\_ de minha prova realizada no  
dia 28/11/2023 - Prova Objetiva.

Solicito:

- ( ) anulação da questão;  
( ) alteração da resposta correta para a letra \_\_\_\_\_

Motivo:

---

---

---

---

(caso necessário, apresentar anexo com justificativa).

Nestes termos, pede deferimento.

São José do Rio Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)