UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Medicina da Bahia
Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde
Rua Augusto Viana, s/n, 5º andar, Canela
40.110-060 Salvador, Bahia, Brasil.
Tel.: 55 71 3283.8251
www.medicina.ufba.br / www.ppgms.ufba.br / ppgms@ufba.br

FORMULÁRIO PEDIDO DE REVISÃO
PROCESSO SELETIVO 2018.1

Nome do candidato(a):_____

Número do documento de Identidade:_____

Nível: ( ) Mestrado ( ) Doutorado

À Comissão de Seleção,

Solicito revisão do:
( ) resultado da Avaliação dos Documentos
( ) resultado da Prova Oral

Considerando-se a seguinte exposição de motivos (insira mais linhas se necessário):

_____

_____

_____

_____

_____

Salvador, _____de_____de_____

_____
ASSINATURA DO(A) CANDIDATO(A)

_____
ASSINATURA DO(A) ORIENTADOR(A)

Parecer da Comissão de Seleção:

( ) Deferido ( ) Indeferido

Justificativa:

_____

_____

_____

Salvador, _____de_____de_____

_____
COMISSÃO DE SELEÇÃO

INSTRUÇÕES: O candidato deverá preencher (com letra legível) o recurso, entregando-o em 1 via na Secretaria do Programa, das 9h às 12h e 14h às 16h; utilizar este modelo de formulário para recurso em cada fase do processo seletivo e apresentar argumentação lógica e consistente em sua justificativa.