



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

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.