

SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA – PSU/RESMED/CE-2019

RECURSO DO EXAME ESCRITO (OBJETIVO)

NOME DO PARTICIPANTE: _____

ESPECIALIDADE: _____

CPF _____

E-MAIL _____ TELEFONE CONTATO: _____

Acesso direto: []

Pré-requisito: []

Anos adicionais: []

Número de acertos do resultado preliminar []

Número de acertos do participante: []

Argumentação do participante com letra legível.

(Se necessário, use o verso.)

Fortaleza, CE ___ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

O formulário preenchido e assinado deverá ser entregue, nos dias estabelecidos no Manual do Participante, anexo III de 09h às 16h, na Rua: Coronel Nunes de Melo – S/N, Rodolfo Teófilo, Fortaleza- Ceará, no térreo dos Ambulatórios Especializados do Hospital Universitário Walter Cantídeo – UFC/CE (ILHAS).