

## 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).