

SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA – PSU/RESMED/CE-2023

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL
POR FATOS FORTUITOS SUPERVENIENTES/IMPREVISÍVEIS.**

NOME DO PARTICIPANTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ CPF _____

IDENTIDADE: _____ ORGÃO EXPEDIDOR: _____ UF: _____

MOTIVO ATENDIMENTO ESPECIAL:

OBJETIVO DO REQUERIMENTO:

Transcrever a solicitação de atendimento especial com letra legível.

O formulário preenchido e assinado deverá ser enviado para e-mail: documentos@resmedceara.ufc.br, em conformidade com o item 5.8 do Manual do Participante (Edital).

ATENÇÃO: Verifique a documentação a ser encaminhada em conformidade com item 5 do Edital.

Fortaleza, de _____ de 2022

Assinatura do participante