

**SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA – PSU/RESMED/CE-2017**

**RECURSO INSCRIÇÃO**

NOME DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE CONTATO: \_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO DA INSCRIÇÃO:**

- ( ) Ausência de pagamento                      ( ) Especialidade e opção(ões) escolhida(s)  
( ) Pedido de atendimento especial            ( ) Outros \_\_\_\_\_

**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 enviado para e-mail: documentos@resmedceara.ufc.br, com os documentos comprobatórios em conformidade com o item 9.13.1, do Manual do Participante.