

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

**RECURSO DO EXAME PRÁTICO (contra questões e gabarito)**

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

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

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

PRÉ-REQUISITO: ( ) CLÍNICA MÉDICA ( ) CIRURGIA GERAL ( ) PEDIATRIA ( ) OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Número da estação [ ] Número do item: [ ] Resposta 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 15h, na Rua: Coronel Nunes de Melo – S/N, Rodolfo Teófilo, Fortaleza- Ceará, no 1º Andar dos Ambulatórios Especializados do Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC/CE (ILHAS).