



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

RECURSO CONTRA O EDITAL

NOME DO PARTICIPANTE: _____

CPF _____ ESPECIALIDADE: _____

E-MAIL _____ TELEFONE CONTATO: _____

Acesso direto: []

Pré-requisito: []

Anos adicionais: []

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, conforme data estabelecida no ANEXO III (Calendário) para o endereço eletrônico : documentos@resmedceara.ufc.br