



PSU/RESMULTI/CE-2019

RECURSO CONTRA O EDITAL

NOME DO PARTICIPANTE: _____

CPF _____ ESPECIALIDADE: _____

E-MAIL _____ TELEFONE CONTATO: _____

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, 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).