

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

**RECURSO INSCRIÇÃO**

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

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

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

**SITUAÇÃO DA INSCRIÇÃO:**

( ) Ausência de pagamento      ( ) Pedido de atendimento especial

( ) Outros \_\_\_\_\_

**Argumentação do participante com letra legível.**

(Se necessário, use o verso.)

Fortaleza, CE \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_