

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

RECURSO DO EXAME PRÁTICO (número de acertos)

NOME DO PARTICIPANTE _____

ESPECIALIDADE: _____ CPF _____

E-MAIL _____ TELEFONE CONTATO: _____

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

Número de acertos do resultado preliminar []

Número de acertos do participante: []

Argumentação do participante com letra legível.

(Se necessário, use o verso.)

Fortaleza, CE ___ de _____ de _____.

Assinatura do Participante
