

**SELEÇÃO PARA OS PROGRAMAS DA RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE, NAS
MODALIDADES MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL – 2020**

RECURSO EXAME ESCRITO (OBJETIVO)

NOME DO CANDIDATO: _____

CPF: _____ **PROFISSÃO:** _____

E-MAIL: _____ **TELEFONE:** _____

Número da questão: ()

Gabarito preliminar: ()

Resposta do participante: ()

Argumentação do participante com letra legível.
(Se necessário, use o verso)

Fortaleza, ____ / ____ / ____

Assinatura do candidato

O formulário preenchido e assinado deverá ser entregue, nos dias estabelecidos no Manual do Participante, Anexo III (Calendário) de 08h às 16h, 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).