



**SELEÇÃO PARA O CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)
PROGRAMA MÉDICO DA FAMÍLIA CEARÁ – EDITAL Nº 01/2020
FORMULÁRIO DE RECURSO DO EXAME ESCRITO (OBJETIVO)**

NOME DO PARTICIPANTE: _____

EMAIL: _____ TELEPHONE: _____

No item ()	Gabarito preliminar ()	Resposta do participante ()
-------------	-------------------------	------------------------------

Argumentação do participante com letra legível

REQUERIMENTO DE RECURSO ADMINISTRATIVO CONTRA QUESTÕES E/OU GABARITO PRELIMINAR DA ETAPA ÚNICA. EXCLUSIVAMENTE presencial. Entregar formulário de recurso administrativo, no endereço: Avenida Antônio Justa, 3161 – Meireles – Fortaleza-CE, até as 16h do dia 02 de março de 2020.

Fortaleza, CE ____ de março de 2020

Assinatura do participante