



**SELEÇÃO EXTEMPORÂNEA – MEDICINA INTENSIVA**  
**FORMULÁRIO DE RECURSO – PROVA OBJETIVA**

**QUESTÃO NÚMERO: \_\_\_\_\_**

## JUSTIFICATIVA E FUNDAMENTAÇÃO

**Assinatura do Candidato:**

Campus Universitário: Rodovia Celso Garcia Cid (PR 445), km 380 - Fax 3328-4440 - Caixa Postal 10011 - CEP 86057-970 - Internet <http://www.uel.br>  
Hospital Universitário/Centro de Ciências da Saúde: Av. Robert Koch, 60 - Vila Operária — Fax 3337-4041 e 3337-7495 - Caixa Postal 791 - CEP 86038-440  
LONDRINA - PARANÁ - BRASIL