



PREFEITURA DE
SOBRAL
Secretaria Municipal da Saúde

ANEXO IV
EDITAL SMS Nº 03/2020

**FORMULÁRIO PARA
INTERPOSIÇÃO DE RECURSO**

À COMISSÃO ORGANIZADORA DO PROCESSO SELETIVO

Nome do Candidato: _____

Função: _____

Recurso contra o: _____

Justificativa do Recurso:

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura Candidato