



P R E F E I T U R A D E
SOBRAL
Secretaria Municipal da Saúde

ANEXO VII
EDITAL SMS Nº 05/2020

**FORMULÁRIO PARA
INTERPOSIÇÃO DE RECURSO**

À COMISSÃO ORGANIZADORA DO PROCESSO SELETIVO

Nome do Candidato: _____

Função: _____

Recurso contra: _____

Justificativa do Recurso:

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura Candidato