



SOBRAL
PREFEITURA
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO V
EDITAL SMS Nº 08/2023

FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS

À COMISSÃO ORGANIZADORA DO PROCESSO SELETIVO

Nome do Candidato: _____

Função/Carga horária: _____

Recurso contra: _____

Justificativa do Recurso:

[illegible]

Sobral-CE, _____ de _____ de _____

Assinatura do Candidato