



REQUERIMENTO DE INTERPOSIÇÃO DE RECURSO
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – EDITAL SEMUS Nº 01/2017

Nome: _____
Telefone para Contato: Fixo: () _____ - _____ / Celular: () _____ - _____
Nº da Inscrição: _____ Cargo: _____
Cópias de Documentos em anexo? () Sim – Quantas? _____ () Não

Venho por meio deste, junto à Secretaria Municipal de Saúde, interpor recurso pelo(s) motivo(s) abaixo descrito(s):

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Requerente