AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SHN – Quadra 1, Bloco E, Conj A, 2º andar, Edifício CNP - Bairro setor Hoteleiro Norte, Brasília/DF, CEP 70701-050
www.agenciasus.org.br

ANEXO VII

FORMULÁRIO DE RECURSO

Nome do candidato: _____

Ao Presidente da Comissão Examinadora,

Como candidato(a) no Processo Seletivo Simplificado da CASAI NACIONAL BRASÍLIA regido pelo Edital PSS N° 53/2025/AgSUS, para a vaga _____, solicito a **revisão do resultado preliminar da** _____, sob os argumentos abaixo expostos:

ARGUMENTOS:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____-_____, ____de_____ de _____
(cidade) (estado) (dia) (mês) (ano)

_____
Assinatura do candidato