AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SEPN CRN 514 Bloco D - Plano Piloto, Brasília - DF, CEP 70750-525
www.agenciasus.org.br

ANEXO V

FORMULÁRIO DE RECURSO

Nome do candidato:_____

Ao Presidente da Comissão Examinadora,

Como candidato ao Processo Seletivo Simplificado _____ regido pelo Edital _____, para a vaga _____, solicito a revisão do resultado preliminar da _____, sob os argumentos abaixo expostos.

ARGUMENTOS:

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

_____-_____, _____de_____ de _____
(cidade) (uf) (dia) (mês) (ano)

_____
Assinatura do candidato