



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO III – MODELO DE RECURSO

FORMULÁRIO PARA RECURSO (SOMENTE PARA A 1ª FASE – ANÁLISE CURRICULAR)	
Nº DO PROTOCOLO (Preenchimento realizado por funcionário responsável pelo recebimento)	
NOME DO CANDIDATO (letra maiúscula)	
Nº DA INSCRIÇÃO	
DATA DE NASCIMENTO	___/___/___
CARGO PLEITEADO	
DATA DO PROTOCOLO	
HORA DO ATENDIMENTO	

JUSTIFICATIVA PARA REVISÃO:

ASSINATURA DO CANDIDATO/RECORRENTE

COMPROVANTE DE PROTOCOLO DE RECURSO	
NOME DO CANDIDATO (Letra maiúscula)	
Nº DA INSCRIÇÃO	
CARGO PLEITEADO	
Nº DO PROTOCOLO	
HORA DO ATENDIMENTO	

NOME POR EXTENSO DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO