



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*

**RECURSO ADMINISTRATIVO**  
**Edital 19/2017**

**Para atender as demandas do Convênio nº 720269/2009**

CAPA DE RECURSO ADMINISTRATIVO

Ilma. Sr. Presidente da Comissão Executiva do Processo Seletivo do Edital SESA 19/2017

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF:  
\_\_\_\_\_, inscrito(a) neste Processo Seletivo na Área de Atuação \_\_\_\_\_,  
Código de Perfil \_\_\_\_\_, venho interpor recurso administrativo referente ao(s) item(ns)  
marcado(s) com “x” :

1. ( ) RESULTADO PRELIMINAR DA 1ª ETAPA

2. ( ) RESULTADO PRELIMINAR DA 2ª ETAPA

3. ( ) OUTROS

ESPECIFICAR:

---

---

---

---

---

As razões que justificam meu pleito encontram-se fundamentadas no formulário de recurso, em anexo.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*

Reservado ao NUVEN

FORMULÁRIO DE RECURSO ADMINISTRATIVO  
(Use uma folha para cada item)

Reservado ao NUVEN

Modalidade do Recurso

1. ( ) RESULTADO PRELIMINAR DA 1ª ETAPA
2. ( ) RESULTADO PRELIMINAR DA 2ª ETAPA
3. ( ) OUTROS  
    ESPECIFICAR:

---

---

---

---

---

JUSTIFICATIVA FUNDAMENTADA DO(A) CANDIDATO(A)  
(Caso precise, anexe folha suplementar)

---

---

---

---

---

---