

**ANEXO III**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FORMULÁRIO DE RECURSO - EDITAL 002/SEMAD/SEMUSA**

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Nº DE INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

CARGO/ESPECIALIDADE: **CUIDADOR TERAPÊUTICO**

**JUSTIFICATIVA DO CANDIDATO:**

(Preenchido de forma legível e sem rasuras, preferencialmente em letra de forma ou em anexo digitado)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

JI-PARANÁ, RO, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2020.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO CANDIDATO**

**OBS: Justificativa com no máximo 12 (doze) linhas.**