



**RECURSO CONTRA INDEFERIMENTO DE INSCRIÇÃO  
ELEIÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE  
BIÊNIO 2018-2020**

**Candidato(a) PESSOA FÍSICA no segmento:**

- Trabalhadores de Saúde**
- Usuários das Regiões (dos Conselhos Locais)**

*Recurso recebido no CMS em*

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

(carimbo e assinatura)

**1. UNIDADE DE SAÚDE:**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Região de trabalho / CLS: \_\_\_\_\_

**2. QUALIFICAÇÃO DA PESSOA RECORRENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_,

inscrita no RG: \_\_\_\_\_ e no CPF: \_\_\_\_\_, não se

conformando com o INDEFERIMENTO do pedido de inscrição vem apresentar o seu RECURSO,

pelos seguintes fundamentos de fato e direito:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Conselho Municipal de Saúde**



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nestes termos.  
Pede o deferimento.

---

**Assinatura da Pessoa Recorrente**