



Prefeitura Municipal de Areado  
Secretaria Municipal de Saúde

Pág. 15  
Servidor

ANEXO IV

**SOLICITAÇÃO DE REVISÃO/RECURSO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO**

Eu, \_\_\_\_\_ portador de  
RG \_\_\_\_\_ candidato ao Cargo de \_\_\_\_\_, venho por  
meio deste, solicitar a revisão da(s) questão(ões): \_\_\_\_\_.

Justificativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Areado, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do Solicitante*

\_\_\_\_\_  
*Para uso da Comissão de Avaliação*

( ) Deferido

( ) Indeferido

Julgamento da Comissão: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Areado, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Secretaria Municipal de Saúde  
CAR/MG 63.397

9