



**Santa Casa
de Misericórdia
de Sobral**

Sob intervenção da Prefeitura de Sobral

Secretaria
da Saúde



SOBRAL
PREFEITURA

**FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO CONTRA O RESULTADO
PRELIMINAR DA ETAPA**

() ANALISE DOCUMENTAL () PROVA () ENTREVISTA

Eu,....., portador do documento
de CPF nº....., candidato(a) a vaga do edital nº /2025, para o cargo de
....., para atendimento nos
serviços da santa casa de misericórdia de sobral, apresento recurso junto ao setor de
Recursos Humanos, segundo os motivos a seguir expostos:

Sobral-CE, ____ de _____ de 202__.

Assinatura do candidato