Governo de Sergipe
Secretaria de Estado da Saúde

Comissão do Credenciamento Médico 01/2021

FORMULÁRIO PARA RECURSO DE IMPUGNAÇÃO

Nome Completo do Candidato:	
Número do CPF:	
Nº de Inscrição:	
Cargo/Região:	

Eu, candidato acima qualificado, inscrito no Credenciamento Médico 01/2021 da Secretaria de Estado da Saúde, venho apresentar, no prazo legal, Recurso, conforme prevê o Edital de Credenciamento nº 01/2021 que rege o referido Processo. Para tanto fundamento abaixo as razões do meu pleito.

FUNDAMENTAÇÃO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

*O formulário deverá ser encaminhado para o e-mail: **credenciamentomedico2021@saude.se.gov.br***
(Se necessário utilize o verso desta folha)

Aracaju/SE,_____de_____de 2021.

_____
Assinatura do candidato