

ANEXO 7

Formulário para Interposição de Recurso

Edital nº 001/2025

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA PRECEPTORES DO PROGRAMA DE
PRECEPTORIA DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS QUE ASSISTIRÃO AOS
ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA, PROMOVIDO PELA SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO**

Identificação do(a) Candidato(a)

Nome:

RG:

CPF:

Solicitação

Como candidato(a) do Processo Seletivo Simplificado para preceptores do Programa de Preceptoría dos Médicos que assistirão aos estudantes do curso de medicina, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde de Catalão, solicito, a revisão do resultado preliminar de acordo com a justificativa a seguir.

RECURSO/ JUSTIFICATIVA DO(A) CANDIDATO(A):

***Assinar e encaminhar cópia digitalizada para o e-mail:**

saude@catalao.go.gov.br

Catalão, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) Candidato(a)