



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA - PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

FORMULÁRIO DE RECURSO

Eleição do Conselho Municipal de Saúde - Biênio 2025-2027

Eu _____, portador(a) do
CPF _____, residente do endereço
_____ venho, por meio deste, recorrer da decisão de
indeferimento de minha inscrição como candidato (a) ao Conselho Participativo
Municipal da Subprefeitura _____, pelo motivo que a seguir passo a expor.

Motivo:

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do(a) recorrente: _____

E-mail do(a) recorrente: _____

Recebido por: _____

Recebido(a): _____

Portador do CPF: _____, recurso contra indeferimento de sua
candidatura ao Conselho Municipal de Saúde
_____, a ser apreciado pela Comissão Eleitoral.

Data: ___ / ___ / ___ Recebido por:
