

---

**MODELO DE RECURSO – PROCESSO SELETIVO Nº 05/2019**

---

**À Banca Examinadora do Processo Seletivo para Médico de Família e Comunidade  
Prefeitura de Florianópolis**

**Motivo:**

(  ) Erro de Calculo de nota

(  ) Revisao de resposta

Nome: \_\_\_\_\_

Nº de Inscrição(Protocolo): \_\_\_\_\_ Nº Doc. Identidade: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**ARGUMENTAÇÃO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_