



## ANEXO VIII

### FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO

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

Eu, candidato acima qualificado, inscrito no Credenciamento Médico Nº 01/2024 da Secretaria de Estado da Saúde - SES-se, venho apresentar, no prazo legal, Recurso, conforme prevê o Edital de Credenciamento nº 01/2024 que rege o referido Processo. Para tanto, fundamento abaixo as razões do pleito.

### FUNDAMENTAÇÃO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

O formulário deverá ser encaminhado para o e-mail: credenciamentomedico012024@saude.se.gov.br  
(Se necessário utilize o verso desta folha).

Aracaju/SE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. de \_\_\_\_\_. .

---

Assinatura do candidato