



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

ANEXO XI

RECURSO AO RESULTADO PROVISÓRIO DA HETEROIDENTIFICAÇÃO

Nome do Candidato: _____

Documento de Identidade (RG): _____

CPF: _____

Endereço: _____

Contato telefônico: _____

Editais(is) e cargo(s) inscrito(s): _____

Local e data: _____

Recurso:

