



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS**  
**CNPJ 08.923.989/0001-17**  
**Praça Prefeito Antonio Rolim, 01**  
**CEP. 58.930-000- Fone: (0xx83) 3559-1014 – Bom Jesus – PB**  
**Secretaria Municipal de Assistência Social**  
**Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente- CMDCA**



**Anexo 4 - Modelo de requerimento de recurso**

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE RECONSIDERAÇÃO/RECURSO**

Eu, \_\_\_\_\_ CPF número  
\_\_\_\_\_, venho nesta data solicitar revisão  
do/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

referente ao Edital nº xxx que versa sobre o Processo de Escolha em Data Unificada  
para Membros Do Conselho Tutelar.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato