



## Anexo II

### Formulário de Recurso

Ilustríssimo (a) Presidente da Comissão Eleitoral do Conselho Municipal de Saúde de Águas Lindas de Goiás:

Nome da Instituição

CNPJ \_\_\_\_\_, situada na \_\_\_\_\_

neste ato representada por seu representante legal \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ inscrita no segmento de \_\_\_\_\_  
vem por intermédio deste apresentar RECURSO nos seguintes termos:

Segue documentação em anexo.

Águas Lindas de Goiás, data

Nome

Assinatura

Representante Legal

Assinatura

