



PREFEITURA MUNICIPAL DE AREIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL
CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Rua São José, 666- Centro- Fone: 3368-1020
CEP: 58.140-000-Areial-PB

ANEXO IV

REQUERIMENTO DE RECONSIDERAÇÃO/RECURSO

Eu, _____
CPF _____, venho nesta data solicitar revisão
do/a _____

_____ referente ao
Edital nº001/2019 que versa sobre o Processo de Escolha em Data Unificada para
Membros Do Conselho Tutelar.

_____ de _____ de 2019.

Assinatura do Candidato