



## FORMULÁRIO DE RECURSO CONTRA RESULTADO PRELIMINAR DE HETEROIDENTIFICAÇÃO

|                                                                                       |                   |                                   |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| Processo Seletivo (Sigla/Ano)                                                         |                   | Edital (Número/Ano)<br>_____/____ | Campus/Unidade Pretendida |
| Nome Completo do Candidato                                                            |                   |                                   |                           |
| Inscrição                                                                             | Número Identidade | Número CPF (xxx.xxx.xxx-xx)       |                           |
| Nome Completo do Responsável do Candidato (apenas para candidatos menores de 18 anos) |                   |                                   |                           |

Solicito, por meio deste recurso, revisão da avaliação de heteroidentificação e reconsideração da decisão com base nas justificativas apresentadas abaixo:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Local/UF Dia Mês Ano

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a)  
(para candidatos maiores de idade)

\_\_\_\_\_  
Assinatura Representante do(a) Candidato(a)  
(para candidatos menores de idade)

(Atenção: Candidato, imprima, preencha, assine, digitalize e envie-o na forma de arquivo tipo PDF, para [recursal.heteroidentificacao@ifpa.edu.br](mailto:recursal.heteroidentificacao@ifpa.edu.br), no período informado no Cronograma Oficial do Edital)