

EDITAL Nº 07, DE 14 DE ABRIL DE 2025
Anexo IX
**FORMULÁRIO DE RECURSO CONTRA DECISÃO DA COMISSÃO DE
HETEROIDENTIFICAÇÃO**

Processo seletivo (ano/semestre): _____/_____

Nome completo do candidato: _____

Inscrição nº: _____

Identidade nº: _____ CPF nº: _____

Nome completo do(a) responsável (*se o candidato for menor de 18 anos*):

Campus/Unidade Pretendida: _____

Curso: _____

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

_____ - _____ : _____ / _____ / _____.
(Município/UF Estado) (Data)

Assinatura do(a) candidato(a)

Nome completo do(a) candidato(a): _____

Telefone: (__) _____

Assinatura do responsável (*se o candidato for menor
de 18 anos*)RG: _____

CPF: _____