



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
DE BELA VISTA DO TOLDO – SANTA CATARINA
Rua Estanislau Schumann, 1109 – Centro
CEP 89478000 Bela Vista do Toldo/SC Fone: 47 36290066

ANEXO I

FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO

Nome do candidato: _____

CPF: _____

PEDIDO DE RECURSO QUANTO:

() ao conteúdo e/ou à elaboração da(s) seguinte(s) questão(ões) da prova

() ao gabarito divulgado – questão(ões) número(s):

() Outros:

JUSTIFICATIVA:

(LOCAL)

(DATA)

(ASSINATURA DO CANDIDATO)