



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
GABINETE DO REITOR

Avenida Fernando Machado, 108-E, Centro, Chapecó-SC, CEP 89802-112, 49 2049-3700  
gabinete@uffs.edu.br, www.uffs.edu.br

**FORMULÁRIO DE RECURSO DA COMPROVAÇÃO DA CONDIÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade N° \_\_\_\_\_ e CPF N° \_\_\_\_\_, inscrito na categoria L9 ( ) e L13 ( ), apresento pedido de recurso contra a não homologação da comprovação relativa à condição de pessoa com deficiência, conforme divulgado no portal do candidato em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Os argumentos com os quais contesto a referida decisão são:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Para fundamentar essa contestação, encaminho anexos os seguintes documentos:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Local e data

Assinatura do candidato

Fone:	E-mail:
Fone:	E-mail: