

ANEXO VII

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE RECURSO

Nome do proponente: **Ivanilda Anselmo da Silva**

Telefones: (82) 988177453

E-mail	Wennytacarla1@gmail.com
Motivo do Recurso (justificar o pedido)	
Data e assinatura do proponente Local: Instituto de Ciências Humanas, Comunicação e Artes Data: 22/12/2025 Assinatura:	
Obs.: Este formulário deverá ser assinado, digitalizado e enviado somente por e-mail para o endereço: secretaria@proginst.ufal.br , identificando no assunto "Recurso".	
NÃO PREENCHER – para uso da UFAL	
Nº inscrição:	Recurso: Deferido <input checked="" type="checkbox"/> Indeferido

Razões de decisão? (descritas abaixo ou anexas)

Não foi possível conhecer as razões do recurso uma vez que o campo correspondente à motivação não foi preenchido pela recorrente

JOSÉ EDSON FERREIRA LIMA

Coordenador de Administração, Suprimentos e Serviços

CASS/Proginst/Ufal
SIAPE 2897973