



**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO  
RECURSO ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO**

NOME DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE CONTATO: \_\_\_\_\_

Edital acesso direto: [    ]

Edital pré-requisito: [    ]

Edital anos adicionais: [    ]

**Argumentação do participante (JUSTIFICATIVA DE RECURSO)**  
(Se necessário, use o verso.)

Fortaleza, CE \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_

O formulário preenchido e assinado deverá ser enviado para e-mail: [isencao@resmedceara.ufc.br](mailto:isencao@resmedceara.ufc.br), em conformidade com o Manual do Participante, e não será permitida a complementação de documentos.