

**ANEXO III – FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO DADOS DO  
REQUERENTE**

Associação ou Cooperativa: \_\_\_\_\_

E- mail: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

À Comissão de Avaliação, Considerando a prerrogativa que é assegurada no Edital nº 07/2025-SEMA, item 5. DO RESULTADO E RECURSOS, requeremos a REVISÃO DO RESULTADO PRELIMINAR: NOME DO REQUERENTE CPF JUSTIFICATIVA (Caso necessário, completar o número de linhas de acordo com o número de associados/cooperados).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal da associação ou cooperativa