

## ANEXO I – FORMULÁRIO MODELO PARA RECURSO ADMINISTRATIVO

### 1. REGRAS PARA INTERPOSIÇÃO DO RECURSO

- 1.1. Da decisão de indeferimento da inscrição e da classificação preliminar, caberá recurso no prazo de 10 (dez) dias, contados a partir das respectivas datas de publicação no sítio eletrônico do INCRA.
- 1.2. Na contagem do prazo exclui-se o dia de início e inclui-se o do vencimento.
- 1.3. Se o vencimento recair em dia em que não houver expediente, o prazo será estendido até o primeiro dia útil seguinte.
- 1.4. O recurso deverá ser protocolado na Superintendência Regional, nas Unidades Avançadas do Incra ou por outro meio previsto no Edital.
- 1.5. 1.5 Não será aceito recurso administrativo por via postal, fax ou correio eletrônico.

### 2– IDENTIFICAÇÃO DO (A) TITULAR DA UNIDADE FAMILIAR

|                                       |                      |
|---------------------------------------|----------------------|
| Nome do (a) candidato (a):            |                      |
| Número do CPF:                        | Número da inscrição: |
| Projeto de assentamento da inscrição: |                      |
| UF:                                   | Nº do Processo SEI:  |

### 3 – SOLICITAÇÃO

Como candidato (a) a beneficiário(a) do Programa Nacional de Reforma Agrária (PNRA) solicito a revisão da:

Lista de deferidos e indeferidos

Classificação Preliminar

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| RAZÃO DO INDIVÍDUO OU UNIDADE FAMILIAR CANDIDATA             |
|                                                              |
| _____, _____ de _____ de _____                               |
| Assinatura do indivíduo ou Responsável pela Unidade Familiar |

\*\*\*\*\*PREENCHIMENTO PELA COMISSÃO REGIONAL\*\*\*\*\*

4 – AVALIAÇÃO DO MEMBRO DA COMISSÃO – PORTARIA INCRA/ \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Análise Fundamentada:

Decisão Reconsiderada.

Decisão não reconsiderada (encaminhe-se o presente pleito ao Conselho de Decisão Regional para que decida a respeito do recurso interposto.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Membro da Comissão Regional

\_\_\_\_\_  
Membro da Comissão Regional

\_\_\_\_\_  
Presidente da Comissão Regional