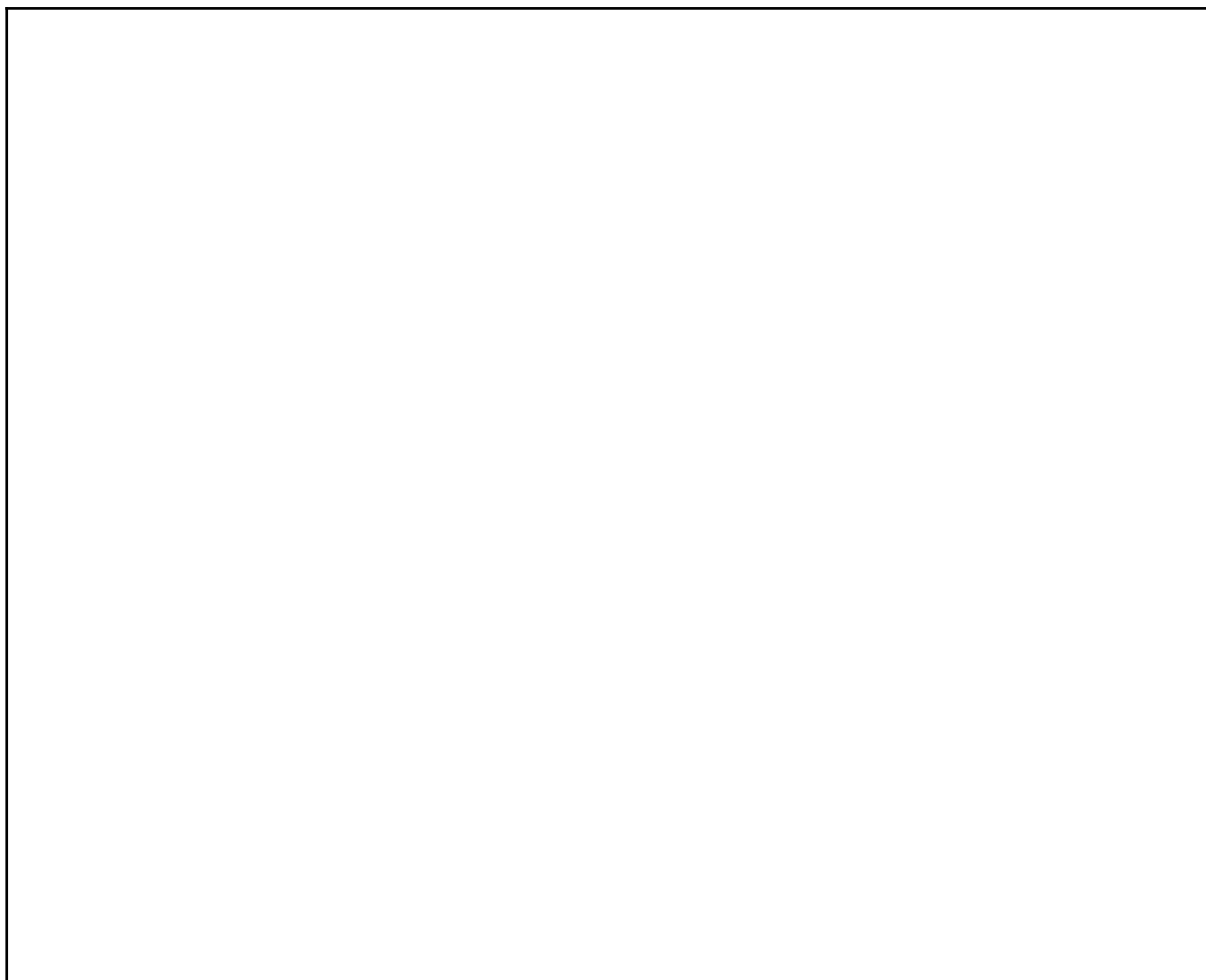




Nome do/a/e agente cultural:
CPF do/a/e agente cultural:
Convocação nº:
Telefone:
<i>E-mail:</i>

(descreva de forma objetiva o motivo do pedido de recurso)

[illegible]



Data: ____ de _____ de ____.

Assinatura do/a/e agente cultural

Secretaria da Cultura do Ceará

R. Dr. João Moreira, 540 – Centro • CEP: 60.030-000

Fortaleza / CE • Fone: (85) 98115-2400

e-mail: agendagab@secult.ce.gov.br