



FORMULÁRIO DE PROTESTO DE CLASSIFICAÇÃO

DE ACORDO COM O REGULAMENTO DA COMPETIÇÃO, OS PROTESTOS PRECISAM SER APRESENTADOS À COORDENAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DENTRO DOS PRAZOS POR ELE PREVISTOS E PRECISAM ESTAR ACOMPANHADOS DE UM DEPÓSITO, EM DINHEIRO, NO VALOR DE R\$ 200,00 (DUZENTOS REAIS).

INFORMAÇÕES A SEREM PREENCHIDAS PELO PROTESTANTE

NOME DO ATLETA PROTESTADO:

NÚMERO DE REGISTRO:

GÊNERO:

Feminino:

Masculino:

MODALIDADE:

PROVA:

CLASSE:

STATUS DA CLASSE:

DATA DO PROTESTO:

PROTESTO FORMALIZADO POR (NOME):

POSIÇÃO DA PESSOA QUE FORMALIZOU O PROTESTO:

CLUBE / ASSOCIAÇÃO / ESTADO:

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO DO PROTESTO:

ASSINATURA

Nome da pessoa que recebeu o protesto:

Assinatura da pessoa que recebeu o protesto:

Posição da pessoa que recebeu o protesto:

Horário de recebimento do protesto:

**SOMENTE PARA USO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO**

HORÁRIO DE ANÚNCIO DO RESULTADO:			
RECEBIDO (HORAS):			
PROTESTO:	Aceito: <input type="checkbox"/>	Declinado: <input type="checkbox"/>	
DECISÃO DO CLASSIFICADOR CHEFE:			
MODIFICAÇÃO DA CLASSE:	Sim: <input type="checkbox"/>	Não: <input type="checkbox"/>	
ANTES DO PROTESTO:	Classe: <input type="text"/>	Status: <input type="text"/>	
APÓS O PROTESTO:	Classe: <input type="text"/>	Status: <input type="text"/>	
O PROTESTANTE FOI INFORMADO EM:	Data: <input type="text"/>	Hora: <input type="text"/>	
A COMISSÃO DE CLASSIFICAÇÃO FOI AVISADA:	Data: <input type="text"/>	Hora: <input type="text"/>	

ASSINATURA DO CLASSIFICADOR CHEFE_____
ASSINATURA DO PROTESTANTE**REEMBOLSO DA TAXA DE PROTESTO (CASO O PROTESTO SEJA ACEITO)**

DE ACORDO COM A DECISÃO DA COORDENAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DO COMITÊ PARALÍMPICO BRASILEIRO, SOBRE A AVALIAÇÃO DO ATLETA

O VALOR DE R\$ 200,00 (DUZENTOS REAIS) FOI RESTITUÍDO AO SR(A)

NA DATA _____
ASSINATURA DO PROTESTANTE