



**SISTEMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO  
DE PESSOAS  
SNQC**

**TERMO DE APELAÇÃO**

*(A ser preenchido pelo Candidato)*

Nome: \_\_\_\_\_ SNQC Nº: \_\_\_\_\_

Método: \_\_\_\_\_

Data do Exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Revisão de Exames de:                      QUALIFICAÇÃO                      RECERTIFICAÇÃO

Descrição resumida da solicitação (Utilize folha anexa, se necessário)

---

---

---

---

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

*(A ser preenchido pelo Examinador)*  
**RESULTADO DA SOLICITAÇÃO DE REVISÃO**

Examinador: \_\_\_\_\_

Parecer:                                      APROVADO                                      REPROVADO

Comentários: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Assinatura do Examinador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Visto do Nível 3: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Visto do Gerente do CEQ: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*(A ser preenchido pelo Gerente do Setor de Certificação)*

Resultado do Exame:                      MANTIDO                      ALTERADO

Assinatura Gerente do Setor de Certificação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_