



CÂMARA MUNICIPAL DE PARAPUÃ

PODER LEGISLATIVO

ESTADO DE SÃO PAULO

Formulário para recurso Pessoa Natural



Acesso à
Informação

Dados do pedido original

* Informação obrigatória

Protocolo*: _____

Data do pedido: ____ / ____ / ____

Data da resposta: ____ / ____ / ____

Dados do requerente

ATENÇÃO: Informar apenas em caso de mudança ou imprecisão dos dados informados no pedido original.

Nome: _____

CPF: _____ Email: _____

Telefone (DDD + número): () _____ () _____

Sexo: Masculino Feminino Transgênero Não Binário Prefiro não dizer

Endereço Físico: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Recurso

Motivo do recurso:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ausência de justificativa legal para classificação | <input type="checkbox"/> Informação incompleta |
| <input type="checkbox"/> Autoridade classificadora não informada | <input type="checkbox"/> Informação recebida não foi a solicitada |
| <input type="checkbox"/> Data da classificação (início/fim) não informada | <input type="checkbox"/> Informação recebida por meio diferente do solicitado |
| <input type="checkbox"/> Grau de classificação inexistente | <input type="checkbox"/> Justificativa para o sigilo insatisfatória/não informada |
| <input type="checkbox"/> Grau de sigilo não informado | <input type="checkbox"/> Prazo de classificação inadequado para o grau de sigilo |
| <input type="checkbox"/> Inf. classificada por autoridade sem competência | <input type="checkbox"/> Outros |

Justificativa do recurso:
