



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:

Ausência de justificativa legal para classificação

Autoridade classificadora não informada

Data da classificação (início/fim) não informada

Grau de classificação inexistente

Grau de sigilo não informado

Inf. classificada por autoridade sem competência

Informação incompleta

Informação recebida não foi a solicitada

Informação recebida por meio diferente do solicitado

Justificativa para o sigilo insatisfatória/não informada

Prazo de classificação inadequado para o grau de sigilo

Outros

Justificativa do recurso:
