



CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES

PINHAL DE SÃO BENTO

Estado do Paraná

FORMULÁRIO DE ACESSO INFORMAÇÃO (PARA ENVIO DE FORMA FÍSICA)

Nome/Razão Social:

CPF/CNPJ: _____

Endereço físico:

Cidade: _____ **Estado:** _____

CEP: _____

Endereço eletrônico (e-mail):

Telefone:

Solicitação:

Pinhal de São Bento, _____ de _____ de _____



CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES

PINHAL DE SÃO BENTO

Estado do Paraná

FORMULÁRIO PARA RECURSO

DADOS DO REQUERENTE

Nome/Razão Social: _____

CPF/CNPJ: _____

Endereço físico:

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____

Endereço eletrônico (e-mail): _____

Telefone: _____

Dados do pedido de acesso a informação

Original protocolo, _____ data do pedido

Data da resposta _____

Recurso

☐ 1ª instância autoridade superior
A que proferiu a decisão

☐ 2ª instância autoridade máxima do
Órgão/entidade

Motivos do recurso

☐ ausência de justificativa
legal para classificação

☐ autoridade classificadora
não informada

☐ informação classifica por
autoridade sem competente

☐ informação incompleta

☐ data da classificação
início/fim não informada

☐ grau de classificação
inexistente

☐ grau de sigilo não
informado

☐ 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 de recurso:
