



CÂMARA MUNICIPAL DE GARÇA

ESTADO DE SÃO PAULO

Formulário para recurso Pessoa Natural



Acesso à
Informação

Dados do pedido original

Protocolo *: _____ * informação é obrigatória

Data do pedido: _____ Data da resposta: _____

Dados do requerente

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

Nome: _____

Documento: _____

CPF IDENTIDADE CNH PASSAPORTE RNE TÍTULO DE ELEITOR

Endereço eletrônico (e-mail): _____

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

Sexo: Masculino Feminino

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

