


Dados do requerente
☐ Pessoa Física

☐ Pessoa Jurídica

Nome / Razão Social: _____

CPF / CNPJ: _____

Nome do representante (somente para PJ): _____

Endereço físico: _____

Cidade: _____ **Estado:** _____

CEP: _____

Telefone (DDD + número): () _____

() _____

Endereço eletrônico (e-mail): _____

Dados do pedido de acesso à informação original
Protocolo do Pedido*: _____

Data do pedido: _____

Data da resposta: _____

*Informação obrigatória

Recurso
Instância do recurso:

Pedido de Informação	Desclassificação	Redução do Prazo de Sigilo
<input type="checkbox"/> 1ª instância – Autoridade superior à que proferiu a decisão	<input type="checkbox"/> 1ª Instância (Autoridade Máxima do Órgão)	<input type="checkbox"/> 1ª Instância (Autoridade Máxima do Órgão)
<input type="checkbox"/> 2ª instância – Autoridade máxima do órgão/entidade	<input type="checkbox"/> 2ª Instância (Comissão Mista de Reavaliação de Informações – CMRI)	<input type="checkbox"/> 2ª Instância (Comissão Mista de Reavaliação de Informações – CMRI)
<input type="checkbox"/> 3ª instância – (Comissão Mista de Reavaliação de Informações – CMRI)		



Justificativa do recurso:

[illegible]

Assinatura: _____