



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPERUNA  
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

ANEXO - IX

Formulário para pedido de acesso à informação  
Pessoa natural



Acesso à  
Informação

FORMULÁRIO DE RECURSO DE DECISÃO CONTRÁRIA À PEDIDO DE DESCLASSIFICAÇÃO OU  
REDUÇÃO DE PRAZO DE SIGILO DE INFORMAÇÃO – PESSOA NATURAL

Objeto do Recurso:

☐ Desclassificação

☐ Redução do Prazo de Sigilo

Dados do requerente

Nome: \_\_\_\_\_

CPF ou RG: \_\_\_\_\_

Endereço físico\*: \_\_\_\_\_

Cidade\*: \_\_\_\_\_ Estado\*: \_\_\_\_\_

CEP\*: \_\_\_\_\_

Endereço eletrônico (e-mail)\*: \_\_\_\_\_

Dados do requerente – não obrigatórios

**ATENÇÃO:** Os dados não obrigatórios serão utilizados apenas de forma agregada e para fins estatísticos.

Telefone (DDD + número)\*: ( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone (DDD + número): ( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Escolaridade (completa)

Endereço: (logradouro, número, bairro, cidade, CEP e sítio eletrônico).

Horário de Atendimento: (dias da semana e horário de funcionamento).



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPERUNA**  
**CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO**

ANEXO - IX

**Formulário para pedido de acesso à informação**

Pessoa natural



**Acesso à  
Informação**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sem instrução formal | <input type="checkbox"/> Ensino fundamental | <input type="checkbox"/> Ensino Médio       |
| <input type="checkbox"/> Ensino superior      | <input type="checkbox"/> Pós-graduação      | <input type="checkbox"/> Mestrado/Doutorado |

**Ocupação principal**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empregado - setor privado  | <input type="checkbox"/> Profis. Liberal/autônomo    | <input type="checkbox"/> Empresário/empreendedor    |
| <input type="checkbox"/> Jornalista                 | <input type="checkbox"/> Pesquisador                 | <input type="checkbox"/> Servidor público federal   |
| <input type="checkbox"/> Estudante                  | <input type="checkbox"/> Professor                   | <input type="checkbox"/> Servidor público estadual  |
| <input type="checkbox"/> Membro de partido político | <input type="checkbox"/> Membro de ONG nacional      | <input type="checkbox"/> Servidor público municipal |
| <input type="checkbox"/> Representante de sindicato | <input type="checkbox"/> Membro de ONG internacional |   |
| <input type="checkbox"/> Outras                     | <input type="checkbox"/> Nenhuma                     |   |

**Dados do documento**

**CIDIC** (Código de Indexação de Documento que contém Informação Classificada) OU **Número de indexação de do documento:** \_\_\_\_\_

**Órgão classificador:** \_\_\_\_\_

**Número de Protocolo (NUP) do Pedido de Acesso à Informação relacionado, se houver** \_\_\_\_\_

**Instância Recursal**

- ☐ 1ª instância - Comissão Mista de Reavaliação de Informações - CMRI

**Forma preferencial de recebimento da resposta**

**Como deseja receber a resposta?**

- ☐ **Endereço Eletrônico**

E-mail:

- ☐ **Correspondência Física**

**Endereço:** (logradouro, número, bairro, cidade, CEP e sítio eletrônico).  
**Horário de Atendimento:** (dias da semana e horário de funcionamento).

