1. **Dados do requerente - obrigatórios**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Razão Social: | | |  | | | | |
| CNPJ: |  | | | |  | | |
| Nome do represente: | | | |  | | | |
| Cargo do represente: | | | |  | | | |
| Endereço: | |  | | | | | |
| Cidade: | |  | | | | Estado: |  |
| CEP: | |  | | | |  | |
| Endereço eletrônico (e-mail): | | | |  | | | |
| \* Informar apenas em caso de mudança ou imprecisão dos dados cadastrais informados no pedido de acesso à informação original | | | | | | | |

1. **Dados do pedido de acesso à informação original**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Protocolo (NUP): |  | Data do Pedido: |  | **/** |  | **/** |  |
|  |  | Data da resposta: |  | **/** |  | **/** |  |
| \* Informação Obrigatória | | | | | | | |

1. **Recurso**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1ª Instância (Autoridade superior à que proferiu a decisão) | 2ª Instância (Autoridade Máxima) | 3ª Instância (CGU) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Motivos do recurso:** | |
| Ausência de justificativa legal para classificação | |
| Autoridade classificadora não informada | |
| Data de classificação (inicio/fim) não informada | |
| Grau de classificação inexistente | |
| Grau de sigilo não informado | |
| Informação classificada por autoridade sem competência | |
| Informação Incompleta | |
| Informação recebida não foi a solicitada | |
| Justificativa para o sigilo insatisfatória/não informada | |
| Prazo de classificação inadequado para o grau de sigilo | |
| Outros: |  |

1. **Especificação do pedido de acesso à informação**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Órgão/Entidade Destinatário (a) do pedido: | |  | |
| **Forma preferencial de recebimento da resposta:** | | | |
| Correspondência eletrônica (e-mail) | Correspondência física (com custo) | | Buscar/consultar pessoalmente |
| Descrição do pedido: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |