



**Objeto do Recurso:**

- Desclassificação  Redução do Prazo de Sigilo

**Dados do requerente - obrigatórios**

Razão Social: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Nome do representante: \_\_\_\_\_

Cargo do representante: \_\_\_\_\_

**Dados do requerente – não obrigatórios**

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

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

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

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

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

**Tipo de instituição**

- |                                                              |                                                    |                                                       |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empresa - PME                       | <input type="checkbox"/> Órgão público federal     | <input type="checkbox"/> Partido político             |
| <input type="checkbox"/> Empresa –grande porte               | <input type="checkbox"/> Órgão público estadual/DF | <input type="checkbox"/> Veículo de comunicação       |
| <input type="checkbox"/> Empresa pública/estatal             | <input type="checkbox"/> Órgão público municipal   | <input type="checkbox"/> Sindicato / Conselho profis. |
| <input type="checkbox"/> Escritório de advocacia             | <input type="checkbox"/> Org. Não Governamental    | <input type="checkbox"/> Outros                       |
| <input type="checkbox"/> Instituição de ensino e/ou pesquisa |                                                    |                                                       |

**Área de atuação**

- |                                              |                                                     |                                             |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Comércio e serviços | <input type="checkbox"/> Governo                    | <input type="checkbox"/> Imprensa           |
| <input type="checkbox"/> Indústria           | <input type="checkbox"/> Jurídica/Política          | <input type="checkbox"/> Pesquisa acadêmica |
| <input type="checkbox"/> Extrativismo        | <input type="checkbox"/> Representação de terceiros | <input type="checkbox"/> Terceiro Setor     |
| <input type="checkbox"/> Agronegócios        | <input type="checkbox"/> Represent. sociedade civil | <input type="checkbox"/> Outros             |

## 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 (Autoridade Máxima do Órgão)

2ª 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 Físico:

Cidade:

Estado:

CEP:

**Buscar pessoalmente**

