

PEDIDO DE ACESSO A INFORMAÇÕES

Nome completo	
CPF/CNPJ	
RG	
Endereço eletrônico (e-mail)	
Telefone de contato	
Endereço residencial*	

() Indicar logradouro, número, complemento (se houver), cidade, Estado e CEP.*

Informações Solicitadas	<input type="checkbox"/> LEGISLATIVO <input type="checkbox"/> PLENÁRIO <input type="checkbox"/> COMISSÕES <input type="checkbox"/> LEIS <input type="checkbox"/> OUTROS

Local de Protocolo:

Endereço: Av. Veiga Cabral , nº 390, Centro Oiapoque- AP / CEP: 68980-000

Horário de Atendimento ao Público:

Manhã: 8:00 hs às 14:00 hs.

Telefone Contato: (96) 96 98125-4649

Responsável: Administração CVMO

Solicito, nos termos da Lei Federal nº. 12.527/2011, acesso às informações acima indicadas.

**Declaro, para os devidos fins e sob as penas da lei, que os dados pessoais acima prestados
são verdadeiros.**

_____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do solicitante