

## 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	LEGISLATIVO ( ) PLENÁRIO ( ) COMISSÕES ( ) LEIS ( ) 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