



ESTADO DA PARAÍBA
CÂMARA MUNICIPAL DE BOA VISTA
CASA DR. ANTÔNIO PEREIRA DE ALMEIDA

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE ACESSO À INFORMAÇÃO
Pessoa Física

SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO

O pedido deverá ser entregue no horário de 07h às 11h, de Segunda à Sexta, na Câmara Municipal de Boa Vista-PB.

IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO	
NOME:	CPF:
ENDEREÇO:	
CONTATO:	E-MAIL:
	TELEFONE:
QUAL INFORMAÇÃO DESEJA TER ACESSO? (Apenas um pedido por formulário)	

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

Estou ciente de que meu nome será divulgado no relatório estatístico anual no sítio oficial da Câmara Municipal de Boa Vista, juntamente com a quantidade de pedidos de informação recebidos, atendidos e indeferidos.

_____, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Interessado

PROTOCOLO Nº ____/20____

Recebido em ____ de _____ de 20____

Servidor - Assessor Legislativo