



CÂMARA MUNICIPAL DE ARNEIROZ
CONTROLADORIA E OUVIDORIA GERAL

REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE ACESSO À INFORMAÇÃO

DADOS DO INTERESSADO (Campos de preenchimento obrigatório):

Nome Completo/ Razão Social: _____

CPF/CNPJ: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ CEP: _____

E-mail: _____ Telefone(s): _____

ÓRGÃO/ENTIDADE DESTINATÁRIO(A) DO PEDIDO: _____

ESPECIFICAÇÃO DO PEDIDO:

FORMA PARA RECEBIMENTO DA RESPOSTA (marque apenas uma):

PAPEL E-MAIL CD/DVD (fornecido pelo interessado) PENDRIVE (fornecido pelo interessado)

OBSERVAÇÕES:

- 1) Para cópias em papel será cobrado o custo de reprografia.
- 2) Ao optar por receber as informações em mídia eletrônica, no momento da retirada trazer CD/PenDrive para efetuar a gravação.
- 3) Informação sobre esta solicitação poderá ser obtida pelo site <https://arneiroz.ce.gov.br/acessoainformacao>

LOCAL E DATA _____

ASSINATURA DO REQUERENTE _____