CÂMARA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA DO SUL

RUA SILVIO BELIGNI, 210 - FONE/FAX (043) 3428-1260
CEP: 86.825-000 – MARILÂNDIA DO SUL – PARANÁ
Email - legislativo@uol.com.br - CNPJ: 00.858.645/0001-60

Formulário para Recurso de 1ª Instancia

Acesso à Informação

☐ Pessoa Física ☐ Pessoa Jurídica / Protocolo Nº_____

Dados do Requerente (Dados Obrigatório):

Nome / Razão Social: _____

Documentos de identificação: RG / Insc. Estadual: _____ Emissor: _____ UF: _____

CPF / CNPJ: _____

Dados do Requerente (Dados Opcionais):

Rua: _____

Número: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Tel. Res.: ( ) _____ Tel. Com.: ( ) _____ Tel. Cel.: ( ) _____

Endereço Eletrônico (e-mail): _____

Dados do Representante (Dados Obrigatórios): *(Caso Pessoa Jurídica)*

Nome / Representante: _____

Documento de Identificação: RG / Insc. Estadual: _____ Emissor: _____ UF: _____

CPF / CNPJ: _____

Dados do Representante (Dados Opcionais): *(Caso Pessoa Jurídica)*

Rua: _____

Número: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Tel. Res.: ( ) _____ Tel. Com.: ( ) _____ Tel. Cel.: ( ) _____

Endereço Eletrônico (e-mail): _____

Especificação do pedido de Recurso de 1ª Instancia: