

**FORMULÁRIO DE PEDIDO
DE DESCLASSIFICAÇÃO**
Pessoa Natural



**Acesso à
Informação**

Objeto do Pedido:

Desclassificação Redução do Prazo de Sigilo

Dados do requerente - obrigatórios

Nome: _____

CPF: _____

Dados do requerente – não obrigatórios

ATENÇÃO: Os dados não obrigatórios serão utilizados apenas de forma agregada e para fins estatísticos.

Sexo: Feminino () Masculino ()

Data de nascimento: ____/____/____

Telefone (DDD + número): () _____
() _____

Escolaridade (completa)

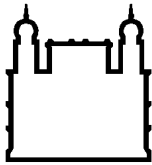
() Sem instrução formal () Ensino fundamental () Ensino Médio
() Ensino superior () Pós-graduação () Mestrado/Doutorado

Ocupação principal

() Empregado - setor privado () Profis. Liberal/autônomo () Empresário/empreendedor
() Jornalista () Pesquisador () Servidor público federal
() Estudante () Professor () Servidor público estadual
() Membro de partido político () Membro de ONG nacional () Servidor público municipal
() Representante de sindicato () Membro de ONG internacional
() Outras () Nenhuma

Dados do documento

CIDIC (Código de Indexação de Documento que contém Informação Classificada) ou **Número de indexação de do documento:**



Órgão classificador:

Número de Protocolo (NUP) do Pedido de Acesso à Informação relacionado, se houver _____

Forma preferencial de recebimento da resposta

Como deseja receber a resposta?

Endereço Eletrônico

E-mail: _____

Correspondência Física

Endereço:

Logradouro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____

Buscar pessoalmente

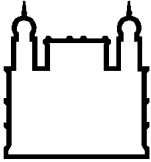
Pedido de Desclassificação ou de Redução do Prazo de Sigilo

Motivos do Pedido:

- Ausência de fundamento legal para classificação
- Data de produção do documento não informada
- Data de classificação (início/fim) não informada
- Grau de classificação inexistente
- Grau de sigilo não informado
- Prazo de classificação inadequado para o grau de sigilo
- Incompetência da autoridade classificadora
- Existência de obrigação legal de publicidade e divulgação
- Informação necessária à tutela de Direitos Humanos
- Informação relativa à violação de Direitos Humanos por agente(s) do Estado

Outro: _____

Explicação do Motivo:



Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

Página **3** / 3

Data: ____/____/____

Assinatura: _____