

	ASSISCOP Associação Intermunicipal de Saúde do Centro do Paraná
---	--

FORMULÁRIO PARA REQUERER ACESSO À INFORMAÇÃO

DADOS DO REQUERENTE – OBRIGATÓRIO

☐ Pessoa Física		☐ Pessoa Jurídica	
Razão Social/Nome:			
		CNPJ/CPF:	
Representante:			
Cargo:			
Endereço:			
CEP:	Cidade:	Estado:	
Telefone Fixo:		Celular:	

DADOS DO REQUERENTE - *NÃO OBRIGATÓRIO

PESSOA JURÍDICA

E-mail:		
Tipo de Instituição		
() Empresa PME	() Organização Não Governamental	() Instituição de Ensino
() Empresa Grande Porte	() Partido Político	() Órgão Público
() Empresa Pública/Estatal	() Veículo de comunicação	() Outros
() Escritório de Advocacia	() Sindicato/Conselho Profissional	

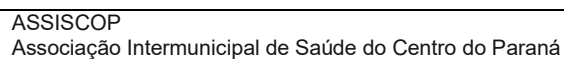
PESSOA FÍSICA

☐ Masculino		☐
Data de Nascimento: / /	E-mail:	
Sexo: Feminino		
Escolaridade:		
Profissão/Ocupação Principal:		

*Os dados serão utilizados apenas de forma agregada e para fins estatísticos.

ESPECIFICAÇÃO DO REQUEIRIMENTO DE ACESSO À INFORMAÇÃO

TIPO DE INFORMAÇÃO ☐ Pessoal ☐ Outras	FORMA PREFERENCIAL DE RECEBIMENTO DA RESPOSTA ☐ Correspondência Eletrônica ☐ Correspondência Física ☐ Buscar/Consultar Pessoalmente
---	---

This image shows a single page of a notebook or ledger. It features approximately 28 horizontal blue lines spaced evenly across the page. The lines are thin and light blue, set against a plain white background. There are no margins, text, or other markings on the page.

_____ de _____ de _____

Assinatura