



REQUERIMENTO PARA CÓPIA REPROGRÁFICA



Nome do Requerente

Nome do Pai

Nome da Mãe

CPF

RG

Órgão Emissor

UF

Data da Emissão

Endereço (Rua / Av. / N°)

Bairro

Cidade

Estado

CEP

Telefone (DDD / Número)

E-mail

Venho Requerer:

VISTA CÓPIA REPROGRAFICA FINALIDADE _____

Vista ou Cópia reprográfica do processo administrativo de:

Aposentadoria Pensão Civil Inatividade Pensão Militar

Se pensionista, preencher o quadro abaixo:

Nome do Ex-Contribuinte/Ex-Servidor/Inativo Militar

DECLARAÇÃO DO REQUERENTE

TOMEI VISTA DO PROCESSO REFERIDO

RETIREI A(S) CÓPIA(S) SOLICITADA(S)

Aos, ____/____/20____

.....
Assinatura

RG: _____

Declaro, sob as penas da lei que:

1. Ser verdadeira a finalidade da situação acima.
2. Responsabilizo-me integralmente pela adequada utilização dos dados pessoais a que tiver acesso, estando ciente de que posso vir a ser responsabilizado civil, criminal e administrativamente pelos danos morais ou materiais decorrentes da utilização, reprodução ou divulgação indevida dos dados;
3. Estou ciente das restrições a que se referem o art. 31 § 2º (uso indevido de informação) da Lei n. 12.527/2011 (Acesso à Informação), do art. 20 (divulgação autorizada ou necessária) da Lei n. 10.406/2002 (Código Civil) e os arts. 138 a 145 (crimes contra a honra), 297, 299 e 304 (crimes de falsidade documental) do Decreto-Lei n. 2.848/1940 (Código Penal).
4. Estou ciente do envio, **em até 05 (cinco) dias úteis**, do link de compartilhamento OneDrive no e-mail informado neste requerimento, assim como também estou ciente de que o respectivo **link ficará válido por até 30 (trinta) dias**.

Local

Data

Assinatura