**FORMULÁRIO**

*FLEXIBILIZAÇÃO E/OU DISPENSA VOZ DO BRASIL*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DADOS DA EMISSORA** | | |
| **Razão social:** |  |
| **CNPJ:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Telefone:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMAÇÕES DO EVENTO** | |
| Evento: |  |
| Data: |  |
| Horário: |  |
| Abrangência: | ( ) Nacional ( ) Estadual ( ) Municipal |

|  |
| --- |
| **Justificativa do excepcional interesse público na divulgação do evento:** |
|  |

**ATENÇÃO!**

***Somente serão encaminhadas ao Ministério das Comunicações as solicitações que atenderem aos seguintes critérios:***

* Indicação de datas e horários previstos para flexibilização ou dispensa da retransmissão;
* Menção da abrangência da flexibilização ou dispensa, se nacional, estadual, distrital ou municipal;
* Breve descrição que comprove o excepcional interesse público na divulgação dos eventos, manifestações ou acontecimentos de grande apelo ou repercussão pública nacional, estadual, distrital ou municipal;
* Comprovação da absoluta incompatibilidade com os horários originais para retransmissão do programa A Voz do Brasil, nos termos do art. 2º da Portaria nº 1.024/SEI-MCOM, de 8 de outubro de 2020; e
* **Solicitação encaminhada à ABERT com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data do evento.**