

FORMULÁRIO DE MANIFESTAÇÃO

| TIPO DE ATENDIMENTO |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PRESENCIAL |
| <input type="checkbox"/> TELEFONICO |
| <input type="checkbox"/> EMAIL |
| <input type="checkbox"/> ZAP |
| Nº |

IDENTIFICAÇÃO AUTOR(A)

| | |
|--|---|
| NOME COMPLETO | |
| CPF | IDENTIDADE - ORGÃO EMISSOR |
| PROFISSÃO | ESTADO CIVIL: () CASADx () SOLTEIRx () VIUVx () DIVORCIADx |
| NOME DA MÃE | |
| TELEFONE (____) _____ (____) _____ | GÊNERO () MASCULINO () FEMININO |
| LOCAL DE NASCIMENTO | DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ |
| EMAIL | |
| ENDEREÇO | |
| | |
| CIDADE - ESTADO | CEP |

IDENTIFICAÇÃO DA MANIFESTAÇÃO

| | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ELOGIO | <input type="checkbox"/> RECLAMAÇÃO | <input type="checkbox"/> SUGESTÃO / CRÍTICA | <input type="checkbox"/> INFORMAÇÕES |
| NUMERO DO PROCESSO (SE HOUVER) | | | |
| MUNICÍPIO DO OCORRIDO | | DATA DO OCORRIDO | |

DESCRIÇÃO

DEFENSORIA POR CIDADE

| |
|--|
| Como você tomou conhecimento desta Ouvidoria? () indicação de ----- () site da Defensoria |
| Existe Defensoria na sua cidade? () SIM () NÃO |
| Na sua opinião o número de Defensores atende sua cidade? () SIM () NÃO |
| Como você avalia o atendimento da Defensoria da sua cidade? () bom () satisfatório () insatisfatório O que pode ser feito para melhorarmos atendimento? _____ _____ |

ATENDIMENTO OUVIDORIA

| |
|---|
| Conte-nos sobre seu atendimento em #NossaOuvidoria: _____ _____ |
|---|

| | |
|-------------|-------------------|
| Data | Assinatura |
|-------------|-------------------|



PROTOCOLO DE MANIFESTAÇÃO

Nº _____/2019 DATA: ____/____/____ HORA: _____

NOME:

Norma Miranda – Ouvidora Geral