



OUVIDORIA
DEFENSORIA PÚBLICA DE SP
JUSTIÇA COMEÇA COM DIÁLOGO

Caso prefira, você pode utilizar os seguintes meios de contato:

Formulário Online:



Use a câmera do seu celular ou acesse:

<https://forms.office.com/pages/responsepage.aspx?id=Wp7Pq7WcU-IDcMPv9mAFWBgs0VGLmRCqVXwi7LIiMhUODFHUTdOMVY3T1JPUIB-OMTBINEFSUIVDRQIQCN0PWcu&fbclid=IwAR0zGh8EvcFTffwVwveCsSdl18mr1DqtcQ75Yj3Kp19A3nPS60HHALYs>

Atendimento Presencial:



Rua Boa Vista, 150, Centro,
São Paulo, SP | CEP: 01014-001

Atendimento de Segunda a
Quinta-feira das 9 às 13 horas

Telefone:



(11) 4322-9921

Atendimento de Segunda a
Sexta-feira, das 13 às 16 horas

DEIXE SUAS INFORMAÇÕES PARA QUE POSSAMOS RETORNAR

Data: ___/___/___

Telefone: () _____ - _____

Unidade ou Regional da Defensoria: _____

Nome Completo: _____

RG: _____ **CPF:** _____

E-mail: _____

Nº do Processo (se houver): _____

SUA MANIFESTAÇÃO SE REFERE A:

- Sugestão Reclamação
 Elogio

SE VOCÊ ESCOLHEU RECLAMAÇÃO, SELECIONE:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de retorno de informações sobre meu caso | <input type="checkbox"/> Espera excessiva para me receber atendimento |
| <input type="checkbox"/> Não fui bem atendido por uma pessoa | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Não consigo conversar com meu/minha advogado(a) ou defensor(a) | |
| <input type="checkbox"/> Tive o atendimento negado | |
| <input type="checkbox"/> O defensor(a) ou advogado(a) perdeu o prazo do meu processo | |
| <input type="checkbox"/> Não concordo com a condução do meu caso | |

AVISO:
USE O VERSO PARA CONTAR SOBRE A SUA MANIFESTAÇÃO.

DESEJA SIGILO DE IDENTIDADE?
 Sim Não



DESCREVA DETALHADAMENTE O QUE ACONTECEU