



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-IDcMpV9mAaFWBg50VGLmRCqVXwi7LIIMHUODFHUTdOMVY3T1JPUIB-OMTBINEFSUIVDRCLQCN0PWcu&fbclid=IwAR0zIgh8EvcFT1ffwVwveCsSdlI8mrIdqtqC75Yj3KpI9A3nP560HHALYs>

Atendimento Presencial:



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

Atendimento de Segunda e
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:

- | | |
|---|--|
| ☐ Falta de retorno de informações sobre meu caso | ☐ Espera excessiva para receber atendimento |
| ☐ Não fui bem atendido por uma pessoa | ☐ Outro: _____ |
| ☐ Não consigo conversar com meu/minha advogado(a) ou defensor(a) | |
| ☐ Tive o atendimento negado | |
| ☐ O defensor(a) ou advogado(a) perdeu o prazo do meu processo | |
| ☐ 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