



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
OUIDORIA GERAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

INFORMAÇÕES SOBRE A DENÚNCIA

EXPEDIENTE:

DATA DA DENÚNCIA:

HORÁRIO:

LOCAL:

ZONA:

DATA DOS FATOS:

HORA DOS FATOS:

CONTATO COM A OUIDORIA:

INFORMAÇÕES DO DENUNCIANTE

AUTORIZA IDENTIFICAÇÃO?

SIM

NÃO

JÁ ENCAMINHOU DENÚNCIA ANTES?

SIM

NÃO

NOME:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

U.F.:

ZONA:

FONES:

SOUBE DA OUIDORIA ATRAVÉS DE:

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

AUTORIZA IDENTIFICAÇÃO?

SIM

NÃO

JÁ ENCAMINHOU DENÚNCIA ANTES?

SIM

NÃO

NOME:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

U.F.:

ZONA:

FONES:

SOUBE DA OUIDORIA ATRAVÉS DE:

INFORMAÇÕES DO DENUNCIADO / RECLAMADO

NOME:

CARGO:

ÓRGÃO:

UNIDADE:

ATENDENTE