



FORMULÁRIO PADRÃO RECLAMAÇÕES DE OCORRÊNCIAS JUNTO ÀS AGÊNCIAS DO INSS- BAIXADA SANTISTA

Nome do Advogado:

OAB/SP nº:

DATA DA OCORRÊNCIA:

Dados do Tipo de Procedimento a ser realizado:

Agência: _____

Tratava-se de serviço com prévio agendamento?

() OAB

() NÃO/ACP

() 135

() Site

Breve relato do ocorrido:



Data: _____ Assinatura: _____