



CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL

CRESS/15ª REGIÃO – AM

Rua Theomário Pinto da Costa, nº 811, Loja 4 B – Ed. Skye Platinum Office

Chapada - Manaus/AM - CEP: 69050-055

Fone: (092) 3622-1436 – 99191-2942 - 3346-9968 – CGC: 04.808.952/0001-97

www.cress-am.org.br cress-am@cress-am.org.br cofi@cress-am.org.br

FORMULÁRIO DE DENÚNCIA DESAGRAVO PÚBLICO

Resolução CFESS nº 1073/2024

Denúncia desagravo público nº ____ / ____

À(o) Presidente do Conselho Regional de Serviço Social CRESS-15ª Região AM.

Venho por meio deste apresentar denúncia, conforme Resolução CFESS 1073/2024, que orienta que: - todo assistente social, devidamente inscrito no CRESS de seu âmbito de atuação, que no exercício de suas atribuições e funções profissionais, previstas pela Lei 8.662/93, for ofendido ou atingido em sua honra profissional ou que deixar de ser respeitado em seus direitos e prerrogativas previstas pelas alíneas “a”, “b”, “c”, “d”, “f”, “g”, “h” e “i” do artigo 2º do Código de Ética Profissional do Assistente Social, poderá representar perante o Conselho Regional onde esteja inscrito, para apuração dos fatos contra quem der ensejo ou causa a violação de seus direitos ou prerrogativas.

1) Qualificação do(a) denunciante

Nome do denuncia (a): _____

Nº do Registro Profissional: _____

Instituição em que atua: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF _____

Telefones: () cel. _____

E-mail: _____

2) Qualificação do(a) denunciado(a)

Nome do (a) denunciado: _____

Nº do Registro Profissional: _____

Instituição em que atua: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefones: () cel. _____

E-mail: _____



CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL

CRESS/15ª REGIÃO – AM

Rua Theomário Pinto da Costa, nº 811, Loja 4 B – Ed. Skye Platinum Office

Chapada - Manaus/AM - CEP: 69050-055

Fone: (092) 3622-1436 – 99191-2942 - 3346-9968 – CGC: 04.808.952/0001-97

www.cress-am.org.br cress-am@cress-am.org.br cofi@cress-am.org.br

Contextualização dos Fatos
(Utilizar o verso se necessário)

4)Indicação dos meios de prova :

Documental () Sim () Não Foto () Sim () Não

Em caso positivo, anexar as provas:

Testemunhal

() Sim() Não

Em caso positivo, citar os nomes completos da(s) testemunha(s), endereços e telefones:

Manaus: ____/____/____

Assinatura do denunciante