

Para nos ajudar a conduzir da melhor forma o processo em que você está interessado(a), **preencha** este formulário e entregue no **Ministério Público** ou envie para: [mpcacapava@mprs.mp.br](mailto:mpcacapava@mprs.mp.br)

**PROCESSO Nº \_\_\_\_\_**

( ) Eu indico as **testemunhas** abaixo: *(Preferencialmente maior de 14 anos, que não seja parente).*

1	Nome	
	Endereço	
	WhatsApp / Telefone	
2	Nome	
	Endereço	
	WhatsApp / Telefone	
3	Nome	
	Endereço	
	WhatsApp / Telefone	

( ) Eu **não tenho testemunhas** a indicar *( Sei que a possibilidade de seguimento do processo será analisada )*

( ) Quero fornecer as **provas** em anexo *( Documentos, fotografias, áudios, vídeos, prints – preferencialmente com data das mensagens trocadas – e etc. )*

( ) Preciso **renovar a Medida Protetiva de Urgência**

**JUSTIFICATIVA**

*( Sei que não é automática e depende da análise do caso )*

( ) **Não quero mais a Medida Protetiva de Urgência** *( Sei que não encerra o processo, e depende da análise do caso )*

( ) Quero desistir do processo *( vou mandar junto cópia ou foto do RG ou documento com foto )*

**JUSTIFICATIVA**

*( Sei que pode ser necessária uma audiência e depende da análise do caso e da justificativa )*

( ) Indico o **endereço ou telefone onde o agressor/réu pode ser localizado**

1	Nome	
	Endereço	
	WhatsApp / Telefone	
2	Nome	
	Endereço	
	WhatsApp / Telefone	

*( Porque tenho receio ou fico constrangido(a) em depor com ele na sala )*

( ) Quero ser **ouvido(a) pelo juiz sem a presença do agressor/réu** *( Porque tenho receio ou fico constrangido(a) com ele na sala )*

( ) Quero informar o meu endereço ou forma de contato *(apenas para vítimas):*

Endereço			
WhatsApp / Telefone		E-mail	

SANTANA DA BOA VISTA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome e assinatura: \_\_\_\_\_

RUA BARÃO DE CAÇAPAVA nº 823, CAÇAPAVA DO SUL  
de segunda a sexta-feira. (Verifique o horário). (55) 3281-3053