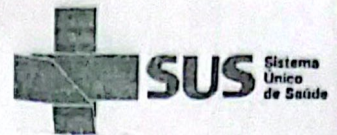




PREFEITURA MUNICIPAL DE APERIBÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL AUGUSTINHO GESUALDI BLANC



FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DAS MANIFESTAÇÕES

Proc. Nº: 006110206

Folhas Nº: 39

Visto: 5

Nome do Usuário:

Idade:

Responsável pela Manifestação:

Endereço Completo:

Bairro:

Município:

CEP:

Tel. Residencial:

Tel. Comercial:

Tel. Celular:

E-mail:

Forma de Atendimento



Telefone



Pessoalmente



E-mail



Carta/Fax



Urna



Outros

Natureza do Atendimento



Denúncia



Sugestão



Reclamação



Informação



Elogio



Solicitação

Descrição do Assunto:

Data da Ocorrência:

Data do Encaminhamento:

Prazo para Resposta:

☐ 5 Dias

☐ 10 Dias

☐ 20 Dias

Assinatura do Manifestante

Assinatura do Responsável pelo Atendimento

Encaminhamento/Setor:

Data:

Encaminhamento/Setor:

Data:

Encaminhamento/Setor:

Data:

Encaminhamento/Setor:

Data:



Secretaria Municipal de
Saúde
APERIBÉ-RJ

