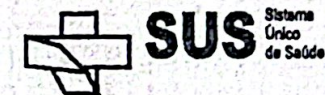




PREFEITURA MUNICIPAL DE APERIBÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL AUGUSTINHO GESUALDI BLANC



FORMULÁRIO DE CONTATO COM A OUVIDORIA HOSPITALAR

Nome do Usuário		Data / /			
Idade	Responsável pela Manifestação				
Endereço Completo					
Bairro	Município	Cep			
Tel.:	E-mail				
Forma de Atendimento					
<input type="checkbox"/> Telefone	<input type="checkbox"/> Pessoalmente	<input type="checkbox"/> E-Mail	<input type="checkbox"/> Cartão/Fax	<input type="checkbox"/> Urna	<input type="checkbox"/> Outros
Natureza do Atendimento					
<input type="checkbox"/> Denúncia	<input type="checkbox"/> Sugestão	<input type="checkbox"/> Reclamação	<input type="checkbox"/> Informação	<input type="checkbox"/> Elogio	<input type="checkbox"/> Solicitação
Descrição do Assunto					

