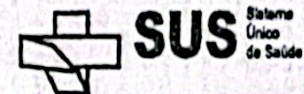




PREFEITURA MUNICIPAL DE APERIBÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL AUGUSTINHO GESUALDI BLANC



FORMULÁRIO DE CONTATO COM A OUVIDORIA (SUS)

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



Secretaria Municipal de
Saúde
APERIBÉ-RJ

