PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAMPINAS - SP

FORMULÁRIO DE SUGESTÕES / RECLAMAÇÕES

PRONTO SOCORRO:

NOME:

SEXO: | | MASCULINO | | FEMININO

IDADE:

TELEFONE / FAX:

ENDEREÇO:

CEP:

CIDADE:

| | SUGESTÕES | | ELOGIO | | RECLAMAÇÃO

DATA:

ASSINATURA:

A IDENTIFICAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA

CONTAMOS COM A SUA COLABORAÇÃO, POIS A SUA OPINIÃO É EXTREMAMENTE IMPORTANTE PARA UM MELHOR ATENDIMENTO.

FO615/ SET / 03 / SMS - VIA ÚNICA - FORMATO A4 (210x297) - CÓD. MATERIAL: 30367