

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL REGIONAL NORTE

OUVIDORIA – FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: _____

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ ATENDIDO POR: _____

NOME DO INTERESSADO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEPHONE: _____ E-MAIL: _____

FORMA DE CONTATO:	☐ Pessoal	☐ Telefone	☐ Eletrônico
CATEGORIA DA DEMANDA:	☐ Usuário	☐ Servidor	
DEMANDA:	☐ Orientação	☐ Reclamação	☐ Sugestão ☐ Denúncia ☐ Elogio

DESCRIÇÃO DO CASO:

[illegible]

CLASSIFICAÇÃO: ☐ Procedimento Operacional ☐ Infra-Estrutura
☐ Recursos Humanos ☐ Legislação
☐ Competência de outro Órgão ☐ Sem Nexo Causal

RESULTADO – DATA: ____/____/____

[illegible]