

PROTOCOLO: _____

FORMULÁRIO DE MANIFESTAÇÃO À OUVIDORIA DO HOSPITAL RIO GRANDE

IDENTIFICAÇÃO DO AUTOR

NOME: _____
 PACIENTE: _____ RGO: _____
 TELEFONE: _____
 DATA: _____

VEÍCULO DE MANIFESTAÇÃO

<input type="checkbox"/> PRESENCIAL	<input type="checkbox"/> TELEFONE	<input type="checkbox"/> CAIXA SUGESTÕES
<input type="checkbox"/> E-MAIL	<input type="checkbox"/> REDE SOCIAL Qual	<input type="checkbox"/> OUTRO Qual:

IDENTIFICAÇÃO DA MANIFESTAÇÃO

<input type="checkbox"/> ELOGIO	<input type="checkbox"/> RECLAMAÇÃO	<input type="checkbox"/> SOLICITAÇÃO	<input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO
<input type="checkbox"/> SUGESTÃO	<input type="checkbox"/> CRÍTICA/ COMENTÁRIO	<input type="checkbox"/> DENÚNCIA	<input type="checkbox"/>

DESCRIÇÃO DA MANIFESTAÇÃO

SETOR(es) ENVOLVIDOS:

AÇÃO TOMADA:

AUTENTICAÇÃO

RESOLVIDO EM :

ASSINATURA: