FORMULÁRIO CONDIÇÕES ATENDIMENTO CONVÊNIO PLENA SAÚDE ITAQUAQUECETUBA

Nome:_____

Data atendimento:_____

Data não atendimento:_____

Data reagendamento:_____

Especialidade de atendimento:_____

Telefone contato servidor:_____

E-mail:_____

Reclamação/ Queixa:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Senhores Servidores o SINSERI esclarece que seus dados serão mantidos em total sigilo, servindo o presente apenas para coleta de reclamações e queixas dos usuários do convênio Plena Saúde.