

**MARINHA DO BRASIL
CENTRO DE PERÍCIAS MÉDICAS DA MARINHA
SERVIÇO DE OUVIDORIA**

Nº _____

REGISTRO DE RECLAMAÇÕES, ELOGIOS E/OU SUGESTÕES DO USUÁRIO

- () ATENDIMENTO RECEPÇÃO () ATENDIMENTO AUDIOMETRIA () ATEND. ODONTOLOGIA
() ATEND. SECRETARIA GERAL () ATENDIMENTO BIOMETRIA
() ATENDIMENTO MÉDICO PERICIAL () ATENDIMENTO ECG

SITUAÇÃO FUNCIONAL DO USUÁRIO:

- () MILITAR DA ATIVA () MILITAR DA RESERVA () PENSIONISTA () DEPENDENTE () CIVIL

RESPONSÁVEL: _____ NIP _____

TELEFONE OU ENDEREÇO PARA CONTATO: _____

DESCRIÇÃO DA RECLAMAÇÃO/ELOGIO OU SUGESTÃO:

RIO DE JANEIRO, ____/____/____.

Assinatura

Encaminhado para o Setor de: _____

ANÁLISE DA RECLAMAÇÃO E/OU SUGESTÃO E POSIÇÃO TOMADA PELO SETOR COMPETENTE:

Devolvido ao Serviço de Ouvidoria em ____/____/____.

Assinatura

RETORNO DA INFORMAÇÃO AO USUÁRIO:

Rio de Janeiro, ____/____/____.

Assinatura