CMS CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE PELOTAS PEL

Rua Três de Maio, 1060/203 Pelotas – RS
Fone/Fax: 3227-6555/ 3227-5613
CEP 96010-620
cmspel@hotmail.com

FORMULÁRIO DE REGISTRO DE DENÚNCIA Nº ___/200__

1. Identificação	Data: ___/___200__
Nome do denunciante:	
Endereço:	
Telefone para contato:	
Descrição da denúncia (use o verso se necessário**)**	

Entregar no endereço acima ou enviar por e-mal, correio ou fax

USO EXECLUSIVO DO CMSPEL
Nome de quem recebeu a denúncia:
Origem da denúncia: [ ] telefone [ ] pessoalmente [ ] anônima [ ] internet
Denúncia relacionada com: [ ] UBS [ ] medicamentos [ ] especialistas [ ] cirurgias
[ ] exames [ ] falta / qualidade de serviços [ ] recursos humanos [ ] outros
Encaminhamento inicial:
Solução: