



CÂMARA MUNICIPAL DE SUZANO

Ouvidoria

"Nós queremos ouvir você"

Data: ___/___/___

ELOGIO SUGESTÃO RECLAMAÇÃO DENÚNCIA OUTROS

Indique abaixo a qual CATEGORIA você pertence:

ENTRADA INTERNA DA CÂMARA:	ENTRADA EXTERNA:
<input type="checkbox"/> QUAL DIRETORIA: _____	<input type="checkbox"/> PESSOA FÍSICA
<input type="checkbox"/> CARGO DE PROVIMENTO EFETIVO: _____	<input type="checkbox"/> EMPRESA PÚBLICA
<input type="checkbox"/> VEREADOR: _____	<input type="checkbox"/> EMPRESA PRIVADA
<input type="checkbox"/> OUTROS: _____	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____

INFORMAÇÕES OPCIONAIS:

NOME: _____ TELEFONE: (____) _____
RG: _____ CPF: _____ E-MAIL: _____

DESEJA QUE A OUVIDORIA RESGUARDE O SIGILO DA SUA IDENTIFICAÇÃO?

SIM

NÃO

REGISTRO DA DEMANDA (se necessário, utilize o verso desta folha):

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Indique abaixo, por favor, qual RESOLUÇÃO você DESEJA para a situação que descreveu acima:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Qual o meio preferido para ser contatado?

TELEFONE E-MAIL OUTROS CARTA (neste caso, preencha os campos abaixo) :

NOME COMPLETO:
ENDEREÇO COMPLETO:
CIDADE:

ESTADO:

CEP:

NÃO
DESEJO
RECEBER
RESPOSTA