

ANEXO II AO TERMO DE REFERÊNCIA 51/2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA
SECRETARIA DE SAÚDE



AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO QUANTO AO ATENDIMENTO

- 1- Gentileza e disponibilidade no atendimento da recepcionista: ()Péssimo ()Ruim ()Bom ()Ótimo ()Excelente
- 2- Esclarecimentos de dúvidas pelo responsável pela execução dos exames: ()Péssimo ()Ruim ()Bom ()Ótimo ()Excelente
- 3- Atendimento e respeito pela equipe de saúde: ()Péssimo ()Ruim ()Bom ()Ótimo ()Excelente
- 4- Conforto no ambiente onde foi atendido pela equipe de saúde: ()Péssimo ()Ruim ()Bom ()Ótimo ()Excelente
- 5- Condições gerais de higiene na clínica: ()Péssimo ()Ruim ()Bom ()Ótimo ()Excelente

Recebeu o resultado do exame logo após a execução? () Sim () Não

Foi necessário o reagendamento ou encaminhamento para outras condutas? () Sim () Não

Data: _____/_____/_____

Sugestões ou elogios: _____

Nome: _____

Assinatura: _____