FUNDAÇÃO INOVA CAPIXABA	FORMULÁRIO – Ouvidoria		
	PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS		
	Código: F.HABF.020	Versão: 00	Elaboração: 27/06/2022

Nome:_____

E-mail:_____

Telefone:_____

Entrevistado: ( ) Paciente ( ) Acompanhante

Prezado Usuário,

Marque um X na coluna correspondente ao seu grau de satisfação.

Ótimo	**Bom**	**Regular**	**Ruim**

Como você avalia o atendimento da recepção?				
Como você avalia o atendimento da portaria?				
Como você avalia o atendimento dos médicos?				
Como você avalia o atendimento da equipe de enfermagem?				
Como você avalia o serviço das copeiras?				
Como você avalia a qualidade da alimentação?				
Como você avalia a higienização e limpeza do hospital?				
Como você avalia a roupa de cama oferecida?				
Como você avalia a estrutura física do hospital?				
De uma forma geral, qual seria sua satisfação com o hospital?				

Baseado na sua experiência durante a internação (ou atendimento), em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria o hospital para um amigo ou familiar?

0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**

Registre aqui sua sugestão/elogio ou reclamação:-

_____

_____

_____

_____