



CÂMARA MUNICIPAL DE PONTES GESTAL

SISTEMA DE OUVIDORIA - MANIFESTAÇÃO

Por favor, preencha os campos abaixo para registrar sua manifestação. Seus dados serão tratados em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados e legislações vigentes.

Data: _____ / _____ / _____

Prazo resposta: 20 dias.

Identificação do Usuário

Sigilo

Nome Completo:

CPF/CNPJ: _____ RG: _____

Nome Social (opcional):

Endereço: _____, nº _____, Bairro: _____,

CEP: _____, Cidade: _____, Estado: _____

E-mail: _____ Telefon: (____) _____

Outros Dados (não obrigatório):

Sexo: Masculino Feminino Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Escolaridade: Profissão:

Tipo de Manifestação

Reclamação Elogio Sugestão Denúncia Informação Outros

Relato da Manifestação

Meios de Contato

E-mail Telefone Presencial Outros:

Presencial

□ Outros:

Limpar

Enviar

Uso Exclusivo da Ouvidoria/Secretaria

Número da Manifestação: **Setor responsável:**

Setor responsável:

Encaminhada em: / /

Concluída em: / /