

# PESQUISA DE SATISFAÇÃO

**Prezado Beneficiário,**

Sua opinião a respeito do nosso atendimento é muito importante para o aperfeiçoamento do Programa Odontolegal. Obrigado!

	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
<b>Informações dadas sobre o câncer bucal</b>				
<b>Informações sobre saúde bucal e doenças em geral</b>				
<b>Educação e cordialidade da equipe</b>				
<b>Tempo para a realização da ação</b>				
<b>Caso o programa volte ao seu trabalho, você acharia</b>				

**De uma maneira geral, você está?**

Muito satisfeito(a)	<input type="checkbox"/>	Satisfeito(a)	<input type="checkbox"/>	Inatisfeito(a)	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------

Deixe aqui suas sugestões, comentários, críticas ou elogios

---

---

---

---

---