FORMULÁRIO DE RELATOS
SOBRE OS IMPACTOS DA PORTARIA 010/19 NAS UNIDADES DE SAÚDE ADMINISTRADAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA

NOME COMPLETO:_____

UNIDADE:_____

DATA:_____/_____/_____

CONTATO:_____

RELATO
(Relate com detalhes os problemas encontrados na sua unidade referentes à execução da Portaria nº 010 publicada em 25 de fevereiro de 2019 que envolvem remoções arbitrárias, prejuízos ao atendimento à população e outros.)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____
Assinatura do trabalhador