

104CMR32.00

**DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL  
IMPRESSO DE QUEIXA**

**For Department Use Only**

Date received: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Received by: \_\_\_\_\_

Log #: \_\_\_\_\_

1. NOME DO(S) QUEIXOSO(S)                      QUALIDADE DO QUEIXOSO\*      MORADA E NÚMERO DE TELEFONE (OU NOME DO PROGRAMA)

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

2. CLIENTE(S) QUE SE PENSA TER(EM) SIDO LESADO(S) PELO OBJECTO DA QUEIXA (se houver alguém e for conhecido)                      MORADA E NÚMERO DE TELEFONE (OU NOME DO PROGRAMA)

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

3. NOME DA(S) PESSOA(S) CONTRA QUEM SE APRESENTA A QUEIXA (se houver alguém e for conhecido)                      QUALIDADE DO QUEIXOSO\*      MORADA E NÚMERO DE TELEFONE (OU NOME DO PROGRAMA)

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

4. PESSOA QUE PREENCHE O IMPRESSO (se for diferente da acima referida): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. QUANDO OCORRERAM OS FACTOS OBJECTO DA QUEIXA? (data(s) e hora(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. AONDE É QUE OCORRERAM OS FACTOS OBJECTO DA QUEIXA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Descreva o que aconteceu: (Continue nas costas da folha e/ou junte folhas adicionais se for preciso):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*QUALIDADE DO QUEIXOSO: C= Cliente; E=Empregado; H=Comité de Direitos Humanos; R=Parente; O= Outro (EspecifiqueO)

