

Centro Saúde emissor: _____ ACES: _____

Nome da Utente: _____

Telefone: _____

1. Como teve conhecimento do Programa?

- a) Médico Família
- b) Amigo/Família
- c) Media
- d) Outros _____

2. O acesso ao médico dentista/estomatologista foi fácil.

- a) Discorda Completamente
- b) Discorda
- c) Concorda
- d) Concorda Completamente

3. Fiquei satisfeita com as condições (Higio-Sanitárias) do Consultório/Clinica.

- a) Discorda Completamente
- b) Discorda
- c) Concorda
- d) Concorda Completamente

4. Fiquei satisfeita com os serviços prestados pelo médico dentista/estomatologista.

- a) Discorda Completamente
- b) Discorda
- c) Concorda
- d) Concorda Completamente

5. Os tratamentos que necessitava ficaram concluídos com a utilização dos cheques-dentista.

- a) Discorda Completamente
- b) Discorda
- c) Concorda
- d) Concorda Completamente