

Questionário de avaliação de satisfação dos usuários do CIM- RS

Número da SI: _____

Nome: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Profissão:

Farmacêutico Médico Enfermeiro Dentista Veterinário

Outro _____

Instituição:

Drogeria Farmácia Hospital Indústria CRF Outro CIM

Clínica Outro _____

1. De que forma tomou conhecimento do CIM-RS?

Congressos Revistas CRF-RS Colegas

Outro _____

2. Teve facilidade em contatar o CIM-RS?

Sim Não Parcialmente. Por quê? _____

3. O horário de funcionamento (segunda-sexta das 9h às 17h) é adequado?

Sim Não Parcialmente. Por quê? _____

4. Você foi bem atendido quando recorreu ao CIM-RS?

Sim Não Parcialmente. Por quê? _____

5. O tempo de resposta foi satisfatório?

Sim Não Parcialmente. Por quê? _____

6. A resposta fornecida pelo CIM-RS atendeu às suas necessidades?

Sim Não Parcialmente.

Se não ou parcialmente, por quê? _____

7. A informação recebida foi clara e precisa?

Sim Não Parcialmente. Por quê? _____

8. Você voltaria a consultar o CIM-RS?

Sim Não

9. A resposta foi para uso restrito ou foi divulgada para demais serviços?

Uso restrito Divulgada