



OPINIÃO

Este Departamento de Gestão da Arrecadação (DEGAR) recebeu a CERTIFICAÇÃO ISO 9001:2000. Continue nos ajudando a atendê-lo cada vez melhor.

Cobrança Apostilamento / Declaração de Pagamento

Restituição Outros. Qual? _____

Sua opinião é muito importante!

Data: ____ / ____ / _____

Caso deseje informar:

Nome, telefone e e-mail do usuário:



PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Usuário	<input type="checkbox"/> Advogado	<input type="checkbox"/> Estagiário	<input type="checkbox"/> Serventuários
	<input type="checkbox"/> Partes	<input type="checkbox"/> Serventias (Extrajudiciais e Judiciais)	<input type="checkbox"/> Outros

Assunto Tratado	<input type="checkbox"/> Cobrança	<input type="checkbox"/> Permissão de Uso	<input type="checkbox"/> Apostilamento / Declaração de Pagamento
	<input type="checkbox"/> Restituição	<input type="checkbox"/> Outros. Qual? _____	

Tempo de atendimento	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Péssimo
Objetividade nas informações	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Péssimo
Cortesia do atendente	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Péssimo
Como foi o atendimento?	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Péssimo

Observações:

Caso deseje informar:

Nome, telefone e e-mail do usuário:

Nome do atendente: _____