FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO

ATENDIMENTO PREFERENCIAL (Lei 10.189/2014)

1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA:

Razão Social:			
Rua/Avenida:			Nº:
CEP:	Município:		UF:
Telefone:	Fax:	CNPJ:	
E-mail:			

2. IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR:

Nome:		Nº:
End:		
CEP:	Município:	UF:
Telefone:	Email:	

3. RECLAMAÇÃO:

DATA: ____/____/_____ ASSINATURA: _____