



AMB
Nº 1101

/2018

SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO

Nome completo do Paciente: ERONI INÁCIO WERNER

Data Nascimento: 13/02/61 Setor: _____ Data do Registro: 01/03/2018

Nome completo do declarante: _____

Email: ERONI_WERNER@HOSPITAL.P.COM Fone: (11) 997350299

Endereço: _____

() Denúncia () Solicitação () Reclamação () Sugestão ☒ Elogio () Outros _____

Descrição: (Relatar o ocorrido com detalhes, citar nomes, datas, hora, etc)

VIM DESAPARECER O TRATAMENTO DA MINHA ENFERMAGEM.
APÓS ENTRAR EM UMA FILA DE ESPERA TUDO TRAMATADO,
A CONSULTA FOI MARCADA SEM ADEQUAÇÃO. EM
MENOS DE 30 DIAS, FUI ATENDIDO.

MUITO OBRIGADO.

Sugestão / Solicitação:

Assinatura: _____