

**SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO**

Nº 1503 /2018

Nome completo do Paciente: Levi Marques de Andrade
Data Nascimento: 24.09.68 Setor _____ Data do Registro: 15.03 / 2018
Nome completo do declarante: Daiane C. Marques
Email: Andradedaiane40@hotmail Fone: (51) 3475.2262
Endereço: Rondelio Celogio N2 1758
() Denúncia () Solicitação () Reclamação () Sugestão () Elogio () Outros _____

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

Há 4 meses minha mãe aguardava,
consulta como traumatista, hoje
com a dedicação da funcionária
Cassio da ouvidoria conseguimos
a consulta, quero agradecer o
empenho dela.

Sugestão / Solicitação:

Conseguimos através da ouvidoria
consulta com o traumatista

Assinatura:

Daiane C. Marques de Andrade