



SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO

Nº AmB599/2018

Nome completo do Paciente: Sidinei dos Santos

Data Nascimento: 15/05/81 Setor Traumatismo Data do Registro: 7 / 2 / 18

Nome completo do declarante: Sidinei

Email: _____ Fone: (51) 3466 2275

Endereço: QG, 55 casa 21 Quajuril / Comar

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

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

Consultor dia 05/10, tinha que retornar em 2
meses, foi marcado p/ dia 11/01, cancelaram e
remarcaram p/ 08/02. Hoje paciente ligou p/ HU
p/ confirmar consulta de amanhã e informaram
que não tem nada no sistema.

Consulta Dr João Heck (traumatismo)

Sugestão / Solicitação:

Assinatura: Telefone