

**SERVIÇO DE OUVIDORIA
PACIENTES INTERNADOS**

Nº Int 101 /2018

Nome completo do Paciente: Maísa Santa Ferrey da Silva

Data Nascimento: 06.01.1932 Leito: 8122 Data do Registro: ~~31/01/2018~~
14.2.2018

Nome completo do declarante: Marlene dos Santos

Email: _____ Fone: (51) 984600842

Endereço: Canóas Bairro Hilaria Rua Gil de Freitas 531

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

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

Declaro que minha mãe está a
espera de uma cirurgia de trocanterica
e não tem previsão

Ela tem 86 anos e não pode
esperar muito

Ela tem diabetes

Sugestão / Solicitação:

Assinatura: Marlene dos Santos