



usar ner

**SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO**

Nº INT 092 / 2018

Nome completo do Paciente: SONIA MARIA da Silva

Data Nascimento: 26.11.56 Setor _____ Data do Registro: 09 / 02 / 2018

Nome completo do declarante: Josias da Silva Lopes

Email: _____ Fone: (51) 995621911

Endereço: Igrejinha - RS -

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

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

Venho através deste solicitar o porque do
segundo adiamento da cirurgia da minha esposa
que se encontra enferma desde do dia 14-01-2018

Espero Resposta a inda hoje

Sugestão / Solicitação:

Assinatura: Josias da Silva Lopes