

**SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO**

Nº AMB596/2018

Nome completo do Paciente: Marcia Schneider Oliveira

Data Nascimento: 11/03/67 Setor Traumatol Data do Registro: 7 / 2 / 18

Nome completo do declarante: Marcia

Email: _____ Fone: () 999103006

Endereço: Rua Embaoba 62 Nossa Srª graça

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

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

Paciente aguarda consulta c/ Ortopedista.
- UBS marcou p/ 07/02 às 13h. Lisiene ligou
semana passada e remarcou p/ 08/02 às 13h,
hoje às 11h Lisiene ligou cancelando a consulta,
sem previsão p/ uma nova data.

Dr Rafael B. Nunes.

Sugestão / Solicitação:

Solicita novo agendamento com URGÊNCIA

Assinatura:

Telefone