

SERVIÇO DE OUVIDORIA PACIENTES INTERNADOS

Nome completo do Paciente: Am géli ce Rhodhn Jogunder do Masamento
Data Nascimento: 19102 86 Leito: 9002 Data do Registro: 09 02 18
Nome completo do declarante: Gabrillo P. Logundes (Irma de paciente)
Email: <u>a abri elo</u> . fogundur grif Egmail. com Fone: (S1) 998844914 Endereço: Rue 4,50 Harmonic, - Conoar
() Denúncia () Solicitação () Reclamação () Sugestão () Elogio () Outros
Descrição: (Relatar o ocorrido com detalhes, citar nomes, datas, hora, etc) Primeiro mente viçmos a procuçar o hospital atroves de boas indiçações Como sendo um hospital referencia ma porte de maternimade. Optamos lm fozer a enternação atrovés de particular. Porm entem quendo Chigamos paro fozer a interneção para respeiso a mão foi informad que a maternitable estavo estado pois foi esso a resposta que tivemos quendo lizemos solicitações distriminadas a seguir. Clasera truondo Chigamos no querto ele paromos rom a falto de itens bosier de higiene como popel higiênico e soborete. E papel foi resolvido mas o saborete aendo falta, Está faltondo também berço para o bebe, poltrona: () an vivo quendo ligado aloga o bonhiro. As lanção desponitis paro efetuar e troco. Tento a renvicção que sero revolvido. Desel je astrodeço.
Sugestão / Solicitação:
A
Assinatura: