



**SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO**

Nº 1463 /2018

Nome completo do Paciente: LIEGE DE LOURDES DA SILVA PINHEIRO

Data Nascimento: 20/11/1936 Setor _____ Data do Registro: 14/03/2018

Nome completo do declarante: CLAITON FERNANDO DA SILVA PINHEIRO

Email: CLAITON_PINHEIRO@YAHOO.COM.BR Fone: (51) 999561330

Endereço: RUA MAJOR SEZEFREDO 1048 - IGARA - CANOAS RS

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

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

Hoje é a segunda vez que venho reclamar na
ouvidoria. Não resolvendo até uma semana
nei na secretaria da Saúde e na defensoria
pública.

Minha mãe está com Alzheimer, e num
dos exames, acusou CAROTIDAS ENTUPIDAS
DE FORMA SIGNIFICATIVA E COMPROMETEDORA,
naja visto ela ja ter tido AVC que
comprometeu entre outras coisas, A visão
e a audição dela.

Ela é Hipertensa, se trata aqui
neste hospital com cardiologista entre
outros proplemas.

Peco ajuda, em nome dela.

Sugestão / Solicitação:

MARKUEM VASCULAR PARA PELO
MENOS ANALISAR OS EXAMES QUE JA
FIZ E MOSTRAM QUADRO COMPROMETEDOR
ENQUANTO ELA AINDA ESTÁ VIVA.

Assinatura: _____