



**SERVIÇO DE OUVIDORIA
PACIENTES INTERNADOS**

Nº Int 124 /2018

Nome completo do Paciente: Delfina Pereira
Data Nascimento: 17/05/1939 Leito: 8122 c Data do Registro: 25/03/2018
Nome completo do declarante: Delfina
Email: _____ Fone: (51) 98419016
34764620
Endereço: Campos, Harmonia
() Denúncia (☒) Solicitação () Reclamação () Sugestão () Elogio () Outros _____

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

Paciente aguarda seguintes consultas Endocrinologia
Tetameo geriatra, vascular, Exames prontos
vai fazer em ano.

Sugestão / Solicitação:

Assinatura: _____

Delfina Pereira