



Nº 2817 / 2018

SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO

Nome completo do Paciente: Josimim Spolcor

Data Nascimento: 5-8-39 Setor: Cl. Data de Registro: 28/5/18

Nome completo do declarante: Josimim Spolcor

Email: _____ Ponto: 34291260

Endereço: Camouriqua N. 160

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

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

a menina que ostentava o nome de
setor de traumatismo que ela não está mais
na unidade. Disse que eu estava no setor de
traumatismo que ela estava na sala de cirurgia
pela informação do médico que ela não
é mais na unidade.

Sugestão / Solicitação:

A menina que distribui as senhas
no setor de traumatismo disse que o papel
em anexo, estava com a cirurgia marcada
aquela em casa até o hospital chamar.
O paciente falou com o médico que não
sabe o nome, para vir na unidade
esclarecer a informação. A informação não
procede, marcamos consulta através da

Assinatura: Josimim Spolcor

Nº _____/2018

SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO

Espaço preenchido pela Ouvidoria:

Agente Acolhimento:

basilio

Assinatura: _____

Informações Complementares do Ouvidor:

ouvidoria para dia 04.06.18 às 8:00
com o traumato quadril Dr. Paulo

Encaminhamento / Solução:

Resposta do Setor Responsável:

Resposta ao Cidadão:

Fechamento:

Data:

Horas:

Responsável: