

SERVIÇO DE OUVIDORIA AMBULATÓRIO/ELETIVO

Nº AMB.503/2018

Nome completo do Paciente: Sandra Quadros

Data Nascimento: _____ Setor Ambulatório Data do Registro: 01 / 02 / 18

Nome completo do declarante: _____

Email: _____ Fone: () _____

Endereço: _____

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

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

Paciente relatou que foi muito bem atendida no
ambulatório pelos recepcionistas Kelly, Ryane e Cassio.
Médico cardiologista também atendeu muito bem.

Sugestão / Solicitação:

Assinatura: Sandra Quadros