

**SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO**

Nº Amb509/2018

Nome completo do Paciente: Claudete dos Santos Lima

Data Nascimento: 15/12/59 Setor _____ Data do Registro: 01/02/18

Nome completo do declarante: _____ 993 06 2433

Email: _____ Fone: () 3472-7429

Endereço: Campos

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

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

Foi marcada consulta c/ Traumatista dia 15/01,
cancelaram, remarcarom p/ 05/02, ligaram
hoje dizendo que na data o médico
estaria em congresso, não atenderia, mas
que a mesma poderia ligar para a SMS
p/ pedir p/ encaminharmos p/ dr Alexandre
Simon.

Sugestão / Solicitação:

Reagendar nova data p/ consulta
do paciente.

Assinatura: Telefone