



examinar

SERVIÇO DE OUVIDORIA
PACIENTES INTERNADOS

Nº INT094/2018

Nome completo do Paciente: Milton Pereira Ivo

Data Nascimento: 4.12.82 Leito: 8130 C Data do Registro: 9.2.18

Nome completo do declarante: Sônia Aparecida Pereira

Email: _____ Fone: () 98639013

Endereço: _____

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

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

Segunda vez que negam comida
para mãe acompanhante.

Dia e noite com o paciente e
nas outras vezes sempre liberaram.

Sugestão / Solicitação:

Assinatura: Sônia A Pereira