



SERVIÇO DE OUVIDORIA  
AMBULATÓRIO/ELETIVO

Nº Amb663/2018

Nome completo do Paciente: MAYKON SANTOS MACHADO

Data Nascimento: 25/04/2002 Setor \_\_\_\_\_ Data do Registro: 09/02/2018

Nome completo do declarante: SÉRGIO ROBERTO RIBEIRO MACHADO

Email: valeria-santos68@astlook.com Fone: (51) 998221890

Endereço: RUA SETOR OS EE5 - BLOCO 1 - 402 - GAJUVIRAS

( ) Denúncia ( ) Solicitação (X) Reclamação ( ) Sugestão ( ) Elogio ( ) Outros \_\_\_\_\_

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

O PACIENTE ENCONTRA-SE COM UMA FRATURA NO JOELHO ESQUERDO E COM UMA TALA QUE ENVOLVE TODA A PERNA, TENDO DIFICULDADE DE DESLOCAMENTO, ALÉM DA NECESSIDADE DE MANTER O MÍNIMO DE MOVIMENTO PARA SEU RESTABELECIMENTO.

HOJE DIA 09/02, O PACIENTE VEIO ATÉ O HOSPITAL PARA CONSULTAR E AVALIAR. CONFORME ORIENTAÇÕES MÉDICA, A POSSIBILIDADE DE CIRURGIA É SIMPLES - MENTE NÃO HOUVE ATENDIMENTO MÉDICO.

A ATENDENTE DO SETOR DE TRAUMATOLOGIA OLHOU O DOCUMENTO DE CONSULTA E INFORMOU QUE NÃO HÁ ATENDIMENTO SENDO DESMARCADOS APENAS MÉDICOS, NO DIA DE HOJE.

O PACIENTE NÃO FOI RECEBIDO POR NENHUM MÉDICO, NENHUMA ORIENTAÇÃO FOI DADA PARA O CASO, E NEM MESMO PARA OS RESPONSÁVEIS SE CASO HOUVER MAIOR COMPROMETIMENTO DO CASO DESTA FRATURA COM NECESSIDADE DE CIRURGIA COMO FICARÁ AS CONDIÇÕES DO

PACIENTE ???? COMO OS RESPONSÁVEIS PODERÃO TRATAR DO PACIENTE ???? A QUEM DEVE-SE RECORRER

Sugestão / Solicitação:

Assinatura: \_\_\_\_\_