



OK

**SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO**

Nº 2713 / 2018

Nome completo do Paciente: MARIA LUCIA BEZWER

Data Nascimento: 05/04/51 Setor _____ Data do Registro: 22/05/2018

Nome completo do declarante: Maria Lucia Bezwer

Email: lucia.bezwer@hotmail.com Fone: (51) 984 535985

Endereço: Rua Mel Pondon 1429 Niterói - CNODAS-RS

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

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

Conseguir a consulta através da OUVIDORIA
para o dia 11/06/2018

Sugestão / Solicitação:

conseguir consulta
para 11/06 - 8:30

Assinatura: Maria Lucia Bezwer