



AMB
Nº 950 / 2018

**SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO**

Nome completo do Paciente: maria Denir barvalho

Data Nascimento: 26.09.69 Setor _____ Data do Registro: 23 / 02 / 2018

Nome completo do declarante: maria

Email: _____ Fone: (51) 993454408

Endereço: Bastião 204 (guia) 992602062
96662265

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

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

to, com todos os exames protos
preciso passa pelo medico goelho
tanto muito dor to c. depressão
to ma 4. flexão tina p. dia
to ma nutir p. perde peso
tenho pericite dia 16.03.
faco fisioterapia
tenho osteose goelhos e
sinovite pata gamba

Sugestão / Solicitação:

Assinatura: maria Denir barvalho