

Av. Farroupilha, 8001 - São José - Fone (51) 3478.8001

Nº 4mb 780/2018

## SERVIÇO DE OUVIDORIA AMBULATÓRIO/ELETIVO

Nome completo do Paciente:	ma po 3 aroza
Data Nascimento: 21 05 79 Setor_	Data do Registro: 19102118
Nome completo do declarante:	
Email: Lenyatalamosia	Smail. com Fone: 61) 992487992
Endereço: Ma Ripublica 3073	
( ) Denúncia ( ) Solicitação (X) Recla	amação ( ) Sugestão ( ) Elogio ( ) Outros
Descrição: (Relatar o ocorrido com detal	hes, citar nomes, datas, hora, etc)
da rompa de are traumado, pois setor e ques por o retor de gustiero	prissar minha insætis folios hi que colocaran ma purida uno do sider de endepetía l en estava consultando no nos pila rampa para acissar ada de escames e qui impedida do hispital e entros ma outro
. V	e ten do em visto que avotre de
Jazr ima jemili	sum distoramento sem necessidado
peis en tinha peat	rado di comulta.
Sugestão / Solicitação:	
Assinatura: Mareia 10.1	Banbaza