



Nº AMB646/2018

SERVIÇO DE OUVIDORIA  
AMBULATÓRIO/ELETIVO

Nome completo do Paciente: Nara Maria Pinto da Silva  
Data Nascimento: 29/03/69 Setor: Traumato Data do Registro: 09/02/2018  
Nome completo do declarante: Nara Maria Pinto da Silva  
Email: \_\_\_\_\_ Fone: (51) 985049527  
Endereço: Rua Joaquim Nabuco nº 1371 9.823 52 335  
( ) Denúncia ( ) Solicitação (x) Reclamação ( ) Sugestão ( ) Elogio ( ) Outros \_\_\_\_\_

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

Relata: Que paciente veio na consulta  
marcada no dia de hoje 09/02/18  
às: 8:00 e não houve atendimento.  
por motivo cancelamento de consulta, e não  
avisaram. Traumato (Doutor Nelziman)

Sugestão / Solicitação:

Assinatura:

Nara Maria P. da Silva