

**SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO**

Nº AMB560/2018

Nome completo do Paciente: YGOR DE SOUZA VETTORAZZI
Data Nascimento: 20/12/97 Setor: _____ Data do Registro: 06/02/2018
Nome completo do declarante: ELAINE FORTI DE SOUZA
Email: _____ Fone: (51) 993924700
Endereço: SETOR 43 BH CASA 14 GUARUJIRAS.
() Denúncia () Solicitação (X) Reclamação () Sugestão () Elogio () Outros

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

AGUARDO CIRURGIA DA TIBIA
A MAIS DE 4 MESES ESPERO
PROVIDÊNCIAS URGENTES.
JÁ ESTIVE NA PREFEITURA,
ENBA FOI RESOLVIDO,
ENTÃO SR DIRETOR TOMO
UMA PROVIDÊNCIA
EXAMES LABORATORIO.

09/10/17	VHS 33	/ PCR 54,5	LEUC 6000
13/12/17	VHS 75	/ PCR > 6	LEUC 7.100
01/02/18	VHS 54	/ PCR 35,0	LEUC 7.400

Sugestão / Solicitação:

Assinatura:

Elaine Tort de Souza