



SERVIÇO DE OUVIDORIA
AMBULATÓRIO/ELETIVO

Nº 1493 /2018

Nome completo do Paciente: LETÍCIA TAVARES

Data Nascimento: _____ Setor _____ Data do Registro: 15/8/18

Nome completo do declarante: LETÍCIA TAVARES

Email: _____ Fone: (☒) 99503753

Endereço: RUA DE JESUS 839 - JARDIM IGARÁ - 1346655-59
CANOA - 95272429

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

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

— RELATO QUE ATRAVÉS DA OUVIDORIA,
FUI AGENDADO CONSULTAS DE TRAUMATOLOGIA,
PARA SRA. RUTE KRUGER, FELICIS TAVARES PARA
UROLOGISTA, JLENIR MARIA ALMEIDA
OLIVEIRA PARA GASTRO, WEGY TERESINHA
TRUOLO PARA CARDIOLOGISTA!

— AGRADEÇO PELA ATENÇÃO E BOA
VOLUNTARIEDADE DA OUVIDORIA CATIA, EM RESOLVER
OS PROBLEMAS!

AGRADECIMENTOS.

LETÍCIA TAVARES
15/08/18

Sugestão / Solicitação:

Assinatura: _____

Letícia TAVARES