



SERVIÇO DE OUVIDORIA  
AMBULATÓRIO/ELETIVO

Nº Amb538/2018

Nome completo do Paciente: CÉLIA SILVA QUADROS

Data Nascimento: 02/04/31 Setor AMBULATÓRIO Data do Registro: 05/02/18

Nome completo do declarante: LUCIANA FREITAS RIZON

Email: \_\_\_\_\_ Fone: ( ) 993994846

Endereço: MATHIAS VELHO - CANOAS

( ) Denúncia ( ) Solicitação ☒ Reclamação ( ) Sugestão ( ) Elogio ( ) Outros \_\_\_\_\_

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

Ligaram informando consulta com  
cardiologista para hoje, chegando  
aqui, ela não tinha consulta com  
cardio e remarcaram para o clínico  
geral.

Aguarda a mais de um ano  
essa consulta com cardiologista.  
após operatório.

familiar e vivo de capão do canoa.

Sugestão / Solicitação:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura:

Luciana Freitas Rizon