

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

Nº NT092 /2018

ereareor

SERVIÇO DE OUVIDORIA PACIENTES INTERNADOS

Nome completo do Paciente:	Anita	tolantimo	
Data Nascimento: 3/4/29	Leito:	(Data do Registro: 9 / 2 / /8
Nome completo do declarante:_	Bernadi	i Souza	
Email:			Fone: () 996599677
Endereço: Rio G. Jc	Sul. 6	45 Car	1000
() Denúncia () Solicitação (X) Reclamação	() Sugestão ()	Elogio () Outros
Descrição: (Relatar o ocorrido c	om detalhes, citar	nomes, datas, hora	a, etc)
On que no	Jases	Uma	Tuckamagao
terius	Ume +	ia ag	
boixa do	a 32 c		do marcade
72.			U
I reges a		<u> </u>	
uso e	(c	odvilos	on una pelsoc
idana con	n o fo	mor qu	elieno so ditade
ser poder	se lo	compres-	
a 1200	88 0	euos é	descauso con
com idon	2 NOW	esperan	osuco
de mão	our est	a circu	gia pou no
pomal 6	e mo M	otta la	a botas a boca
Sugestão / Solicitação:	troubt	one. des	de ja agradeção
8			
		ζ,	
Assinatura: Berua	Lite Soo	26	