

**SERVIÇO DE OUVIDORIA
PACIENTES INTERNADOS**

Nº INT077/2018

Nome completo do Paciente: ALMIR
ALMIR LPUER FAGUNDES

Data Nascimento: 11/4/48 Leito: 10148 Data do Registro: 5/2/2018

Nome completo do declarante: Maria Ilea Nunes Dos Santos

Email: _____ Fone: () 997396014

Endereço: CARAZINHO 925

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

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

O medico nao passa no quarto
E ELE precisa de um laudo, como
ELE ESTA IMPOSSIBILITADO DE RECE-
BER SEU BENEFICIO, POIS ELE
PERDEU SUA CARTEIRA
E NÃO SABEMOS NADA SOBRE SUA
O CIRURGIA QUE ELE TEM QUE
FAZE, SO SABEMOS QUE E PONTE
SAFENA

Sugestão / Solicitação:

Assinatura:

Maria Ilea Nunes