



Nome completo do Paciente: Murci  
MURCI SOARES SCHMELING

Data Nascimento: 29/9/66 Setor \_\_\_\_\_ Data do Registro: 24/05/18

Nome completo do declarante: Murci Soares Schmeling

Email: \_\_\_\_\_ Fone: ( ) 93676797

Endereço: Rua ERNESTO SILVA nº 71

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

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

Eu sou a minha filha e não  
TIHA e não AVIGARA nos os parentes  
NÃO AVIGARÃO que FALTA de  
conhecimentos VAMOS Ter que  
AVIGAR que FALTA de cuidados  
Ass. Murci Soares Schmeling

Sugestão / Solicitação:

Paciente reclama que não foi  
avisada que não tem funcionamento hoje.  
24/05

Assinatura: Murci Soares Schmeling