



**SERVIÇO DE OUVIDORIA
PACIENTES INTERNADOS**

Nº INT038/2018

Nome completo do Paciente: Brasilianno Alves Pereira

Data Nascimento: 10/06/1947 Leito: SR (terreo) Data do Registro: 13 / 02 / 18

Nome completo do declarante: Simone Pereira Simioni

Email: _____ Fone: () 99343.5722

Endereço: Rua Manoel Gallo nº 11

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

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

Desde Domingo a espera de um leito
ele é idoso muito tempo de espera.

Sugestão / Solicitação:

Assinatura: Simone Pereira Simioni